



Universidad Nacional Mayor de San Marcos

Universidad del Perú. Decana de América

Dirección General de Estudios de Posgrado

Facultad de Medicina

Unidad de Posgrado

**“Factores asociados a retraso en el tratamiento
quirúrgico oncológico del hepatocarcinoma en el
HNGAI 2012-2013”**

TESIS

Para optar el Grado Académico de Magíster en Gerencia de
Servicios de Salud

AUTOR

Juan José NÚÑEZ JU

ASESOR

Giovanni Giuseppe MENESES FLORES

Lima, Perú

2019



Reconocimiento - No Comercial - Compartir Igual - Sin restricciones adicionales

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>

Usted puede distribuir, remezclar, retocar, y crear a partir del documento original de modo no comercial, siempre y cuando se dé crédito al autor del documento y se licencien las nuevas creaciones bajo las mismas condiciones. No se permite aplicar términos legales o medidas tecnológicas que restrinjan legalmente a otros a hacer cualquier cosa que permita esta licencia.

Referencia bibliográfica

Núñez J. Factores asociados a retraso en el tratamiento quirúrgico oncológico del hepatocarcinoma en el HNGAI 2012-2013 [Tesis de maestría]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina, Unidad de Posgrado; 2019.

HOJA DE METADATOS COMPLEMENTARIOS

1. CODIGO ORCID DEL AUTOR. No aplica.
2. CODIGO ORCID DEL ASESOR. 0000-0003-1677-3457.
3. DNI DEL AUTOR. 10803028.
4. GRUPO DE INVESTIGACION. No aplica. Autor.
5. INSTITUCION QUE FINANCIA PARCIAL O TOTALMENTE LA INVESTIGACION. No Aplica. Autor.
6. UBICACION GEOGRAFICA DONDE SE DESARROLLO LA INVESTIGACION. DEBE INCLUIR LOCALIDADES Y COORDENADAS GEOGRAFICAS.

Coordenadas geográficas de Lima, Perú, en grados y minutos decimales:

- Longitud: O77°1'41.66"
- Latitud: S12°2'35.45"

7. AÑO O RANGO DE AÑOS QUE LA INVESTIGACION ABARCO. 2012 - 2013.



Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América



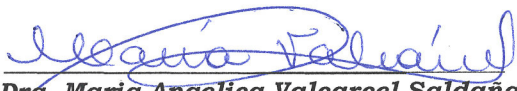
Facultad de Medicina

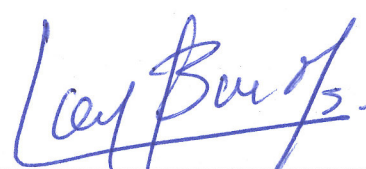
Unidad de Posgrado
Sección Maestría

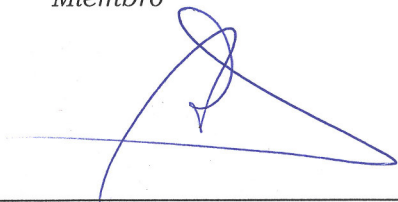
ACTA DE GRADO DE MAGISTER

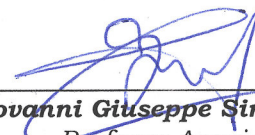
En la ciudad de Lima, a los 05 días del mes de diciembre del año dos mil diecinueve siendo las 02:00 pm, bajo la presidencia del Dr. José Gabriel Somocurcio Vilchez con la asistencia de los Profesores: Dra. Maria Angelica Valcarcel Saldaña (Miembro), Mg. Luis Augusto Borda Mederos (Miembro), Mg. Ricardo Aldo Lama Morales (Miembro) y el Dr. Giovanni Giuseppe Simon Meneses Flores (Asesor); el postulante al Grado de Magister en Gerencia de Servicios de Salud, Bachiller en Medicina, procedió a hacer la exposición y defensa pública de su tesis Titulada: **"FACTORES ASOCIADOS A RETRASO EN EL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO ONCOLÓGICO DEL HEPATOCARCINOMA EN EL HNGAI 2012-2013"** con el fin de optar el Grado Académico de Magister en Gerencia de Servicios de Salud. Concluida la exposición, se procedió a la evaluación correspondiente, habiendo obtenido la siguiente calificación **D APROBADO 14**. A continuación el Presidente del Jurado recomienda a la Facultad de Medicina se le otorgue el Grado Académico de **MAGÍSTER EN GERENCIA DE SERVICIOS DE SALUD** al postulante **JUAN JOSÉ NÚÑEZ JU**.


Se extiende la presente Acta en tres originales y siendo las 02:50 pm, se da por concluido el acto académico de sustentación.


Dra. Maria Angelica Valcarcel Saldaña
Profesora Principal
Miembro


Mg. Luis Augusto Borda Mederos
Profesor Principal
Miembro


Mg. Ricardo Aldo Lama Morales
Profesor Asociado
Miembro


Dr. Giovanni Giuseppe Simon Meneses Flores
Profesor Asociado
Asesor


Dr. José Gabriel Somocurcio Vilchez
Profesor Principal
Presidente

Dedicado a Dios, a la Virgen de la Puerta, a mis padres y
a mi hijo por su apoyo incondicional.

Juan José Núñez Ju, Lima - Perú 2019

INDICE

Carátula.....	1
Dedicatoria.....	2
Índice.....	3
Resumen.....	5

Capítulo I. Planteamiento del Problema

Introducción.....	7
Formulación del problema.....	11
Hipótesis.....	12
Objetivos de la investigación.....	12
Objetivo general.....	12
Objetivos específicos.....	12
Justificación del problema.....	13

Capítulo II. Marco teórico

Niveles de Atención.....	15
Gestión Hospitalaria.....	21
Gestión por Procesos.....	23
Método 6M de Calidad.....	25
Hepatocarcinoma.....	26
Diagnóstico del Hepatocarcinoma.....	28
Tratamiento del Hepatocarcinoma.....	30
Factores.....	37

Capítulo III. Materiales y Métodos

Tipo de estudio.....	40
Población	40
Criterios de inclusión.....	40

Criterios de exclusión.....	40
Muestra.....	40
Variables de estudio.....	40
Instrumentos.....	41
Método estadístico.....	41
Capítulo IV. Resultados.....	43
Capítulo V. Discusión.....	54
Capítulo VI. Conclusiones.....	61
Capítulo VII. Recomendaciones.....	64
Capítulo VIII. Referencias Bibliográficas.....	66
Anexos.....	82

Resumen

El hepatocarcinoma es la neoplasia primaria de hígado más frecuente y de crecimiento rápido. Esta patología en 30 días puede duplicar su tamaño y perder la oportunidad de curación por lo que necesita de una atención oportuna y un diagnóstico precoz. El presente estudio observacional de tipo descriptivo, no experimental, de diseño transversal tuvo como objetivo general determinar los factores que retrasan el tratamiento quirúrgico oncológico del hepatocarcinoma en el Hospital Guillermo Almenara Irigoyen, EsSalud 2012 – 2013. Se evaluó todos los casos y procesos de atención de 42 pacientes de enero 2012 a diciembre 2013. Además se hizo la diagramación de los procesos institucionales de los niveles de atención y la diagramación de las fases de cada proceso por nivel de atención incluyendo el control de tiempos promedio; así como se estudió los factores institucionales con el método de las 6M's de la calidad. Los resultados evidenciaron que los factores en el retraso del tratamiento quirúrgico fueron la procedencia, la falta de insumos, la insuficiente información y comunicación hacia el paciente, las citas médicas para reevaluación inoportunas, los resultados de laboratorio desactualizados y la ausencia de control en los tiempos de espera. Se concluyó que es necesario implementar la gestión por procesos y aplicar la metodología Lean Healthcare para la optimización de los procesos institucionales.

Palabras claves: hepatocarcinoma, tratamiento, factores, gestión por procesos, método 6M's.

Summary

Hepatocarcinoma is the most frequent primary neoplasm of the liver and it has rapid growth. This pathology in a period of 30 days can duplicate its size and thus lose the opportunity to cure the patient so it needs timely care and early diagnosis.

This observational, descriptive, not experimental, and cross- sectional study had as a general objective the factors that delay the oncological surgical treatment of hepatocarcinoma in Guillermo Almenara Irigoyen Hospital, EsSalud between 2012- 2013.

All cases and care processes of 42 patients were evaluated from January 2012 to December 2013. Diagramming of the processes of care levels and the control layout was also done of average times; As well as, I have studied the institutional factors with the 6M's method of quality. The results showed that the significant factor in the delay of the surgical treatment was the patient's origin, the lack of supplies, the insufficient information and communication, the medical appointments for the untimely re-evaluation, the results of the laboratory outdated and that the lack of control in waiting times. It was concluded that it is necessary to manage the processes and apply the Lean Healthcare methodology for the optimization of the institutional processes.

Key words: hepatocarcinoma, treatment, factors, management by processes, 6M's method.

Capítulo I.

Planteamiento del Problema

INTRODUCCION

El hepatocarcinoma o carcinoma de hígado es la neoplasia primaria de hígado más frecuente. De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud, es la sexta neoplasia más común en el mundo y la segunda causa en mortalidad por cáncer dentro del primer año del diagnóstico¹. Según el Registro de Cáncer de Lima Metropolitana, Incidencia y Mortalidad 2010 – 2012 se encuentra dentro de las primeras diez causas de mortalidad anual por cáncer en ambos sexos².

El carcinoma hepatocelular representa más del 90% de todos los tumores primarios hepáticos³⁻¹⁰. En la actualidad, su incidencia está en aumento a nivel mundial, presentándose hasta 700 000 casos al año. En el año 2012 hubo 782 000 casos, de los cuales el 83% se presentaron en las regiones de menor desarrollo en el mundo, siendo más frecuente en Asia y África^{1, 3, 7-9,11}.

El Observatorio Global del Cáncer (GLOBOCAN, por sus siglas en inglés) pronostica que para el 2020 se presentarán 8 583 casos de cáncer hepático con una mortalidad mayor al 90% dentro del primer año en México^{1, 10}.

En cuanto a la etiología, predominan las enfermedades hepáticas crónicas secundarias a infección por virus de hepatitis B y C, la esteatohepatitis no alcohólica, la obesidad y las enfermedades hepáticas metabólicas^{3, 7, 8,11}. Se produce un estado de inflamación crónica, se desarrolla en el hepatocito y es precedido por cirrosis hepática en el 80% de los casos¹. Por la

gran cantidad de procesos metabólicos propios de este órgano, el hepatocarcinoma es un tumor solido de crecimiento rápido (en un lapso de 30 días puede duplicar su tamaño) por lo que su oportunidad de resecabilidad y curación es baja, y puede convertirse en irresecable, solo tributario de manejo paliativo, por lo que su sobrevida disminuye de 3 a 6 meses; sin embargo, al tener un periodo silente en estadios tempranos de la enfermedad una intervención oportuna puede permitir la curación del paciente^{1,10-16}. A pesar del aumento de los programas de detección a nivel mundial, la sobrevida global a 5 años es de solo 20% en todos los estadios diagnosticados; es por este motivo que el objetivo principal de todo centro de atención es un diagnóstico precoz y atención con intención curativa oportuna ^{4, 5}.

El objetivo central de la presente tesis es determinar los factores asociados al retraso del tratamiento quirúrgico oncológico del hepatocarcinoma. Estos factores pueden ser personales, con características propias en cada paciente, e institucionales, que intervienen en todo el proceso de atención, desde el primer hasta el tercer nivel.

En la actualidad, el tiempo que comprende desde la detección hasta el tratamiento quirúrgico supera largamente los 30 días, plazo deseable para recibir tratamiento según el Sistema Nacional de Salud del Reino Unido⁶.

El Hospital Guillermo Almenara Irigoyen (HNGAI) es el hospital de máxima resolución dentro de la red Almenara, en la actualidad ofrece tratamiento quirúrgico curativo (resecación hepática, trasplante hepático, terapias ablativas que producen necrosis por coagulación

del tumor) y tratamiento paliativo (embolización, terapia biológica, manejo del dolor). El Departamento de Trasplantes a cargo de la realización de trasplante hepático y el Servicio de Hígado y Vías Biliares se encargan de realizar las resecciones hepáticas y las terapias ablativas (ablación por radiofrecuencia). El HNGAI tiene una población asignada como Red asistencial de cuatro millones de asegurados pero es un hospital de referencia para toda la población asegurada, que en la actualidad bordea los once millones.

Para la identificación del problema central en estudio determinaremos que existe un retraso en el tratamiento quirúrgico oncológico del hepatocarcinoma en el Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen (HNGAI), que es el centro de referencia para tratamiento curativo y paliativo de la enfermedad oncológica de estudio (hepatocarcinoma) dentro de la Red Almenara.

Formulación del Problema

Problema General

¿Cuáles son los factores asociados al retraso en el tratamiento quirúrgico oncológico del hepatocarcinoma en el HNGAI 2012-2013?

Problemas Específicos

- a. ¿Los factores personales se asocian al retraso en el Tratamiento Quirúrgico oncológico del Hepatocarcinoma en el HNGAI 2012-2013?

- b. ¿Los factores institucionales se asocian al retraso en el Tratamiento Quirúrgico oncológico del Hepatocarcinoma en el HNGAI 2012-2013?

Hipótesis del Problema

Hipótesis General

Existen factores asociados al retraso en el tratamiento quirúrgico oncológico del hepatocarcinoma en el HNGAI 2012-2013.

Hipótesis Específicas

- a. Los factores personales están asociados al retraso en el tratamiento quirúrgico oncológico del hepatocarcinoma en el HNGAI 2012-2013.
- b. Los factores institucionales están asociados al retraso en el tratamiento quirúrgico oncológico del hepatocarcinoma en el HNGAI 2012-2013.

Objetivos del Problema

Objetivo General

Determinar los factores asociados al retraso en el tratamiento quirúrgico oncológico del hepatocarcinoma en el HNGAI 2012-2013.

Objetivos Específicos

- a. Determinar la asociación de los factores personales en el retraso del tratamiento quirúrgico oncológico del hepatocarcinoma en el HNGAI 2012-2013.
- b. Determinar la asociación de los factores institucionales en el retraso del tratamiento quirúrgico oncológico del hepatocarcinoma en el HNGAI 2012-2013.

Justificación del Problema

El cáncer es un problema de salud pública, el hepatocarcinoma, no es tan frecuente como el cáncer de estómago o colon pero tiene la característica de ser una patología de rápido crecimiento y con alta letalidad, por lo que se hace indispensable su detección temprana y tratamiento oportuno.

Por este motivo, se realiza el presente estudio para determinar los factores personales e institucionales que participan en el retraso del tratamiento quirúrgico oncológico del hepatocarcinoma, y tener como resultado obtener una mejor gestión de recursos y mejores resultados, así como lograr satisfacer la demanda de la población con esta patología oncológica.

El presente estudio proporciona información para adaptar el flujograma de atención y así reorientar la atención, dirección y gestión de recursos para poder plantear estrategias de detección temprana, tratamiento oportuno y mejoras en el seguimiento y sobrevida del paciente con hepatocarcinoma. De manera que sirve como punto de partida para nuevas investiga-

ciones sobre la importancia de la gestión de procesos en la mejoría de la sobrevida a largo plazo de estos pacientes. En la actualidad, dentro del sistema de la Seguridad Social existen flujogramas de manejo y atención al paciente oncológico, derivándolo a diferentes niveles de atención con distinta capacidad resolutive, lo que continúa demorando su atención oportuna.

La importancia del presente trabajo radica en que la patología oncológica no es solo una enfermedad individual que merma años de actividad productiva y de calidad de vida sino que es un drama familiar en donde familias enteras no pueden sobreponerse a la pérdida de un miembro, de ahí que se deba actuar con rapidez y calidad de atención.

Capitulo II.

Marco teórico

A continuación, se describe la atención de un paciente asegurado con esta patología, desde el momento de su diagnóstico, evaluación, confirmación anátomo-patológica, tratamiento curativo y tratamiento paliativo.

Los pacientes se distribuyen según su lugar de residencia en policlínicos, centros de salud, hospitales de niveles I al IV. Pero dentro de la atención del paciente oncológico se tienen tres niveles de atención y se movilizan de un nivel inferior a otro superior y viceversa en base a un sistema de referencias y contra referencias.

Proceso de la atención del paciente con patología oncológica hepática por niveles de atención

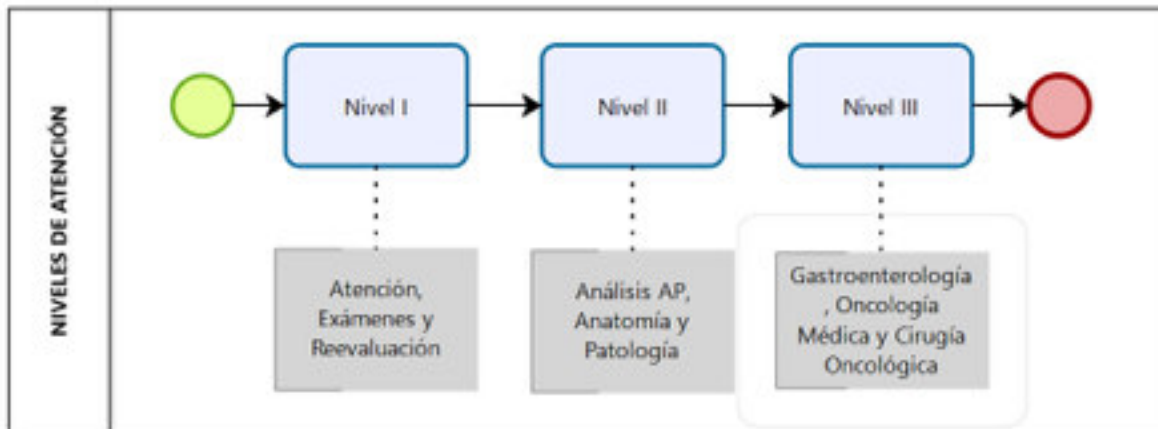


Figura 1: esquema general de atención del paciente oncológico en la Seguridad Social. Año 2013.

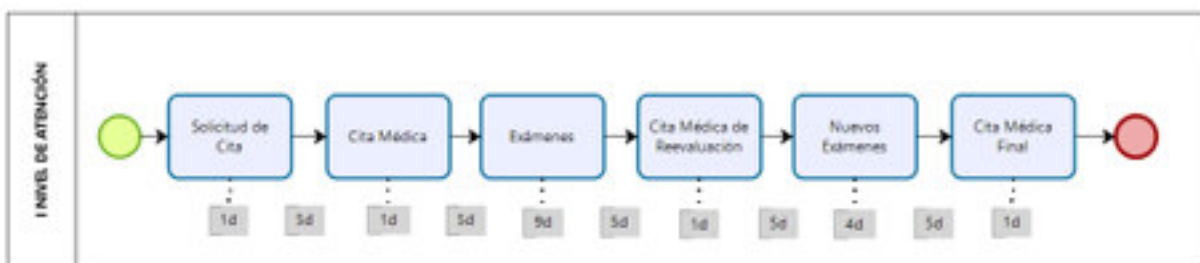
Un paciente con patología oncológica hepática se atiende en primer lugar en el primer nivel de atención en donde existen los siguientes pasos:

Proceso de la atención del paciente con patología oncológica hepática en el nivel I



Estos procedimientos toman tiempos promedios de espera, que a continuación detallamos:

Control de tiempos del proceso de atención del paciente con patología oncológica hepática en el Nivel I

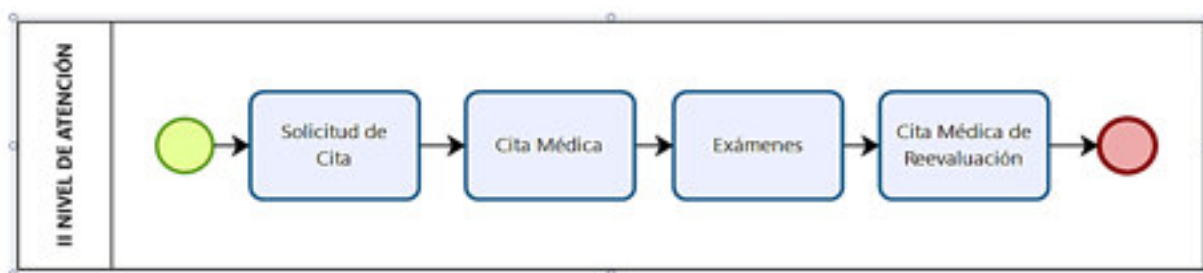


Como podemos observar, el tiempo de ciclo estimado de atención en el Nivel I del Proceso de atención del paciente con patología oncológica hepática es de 42 días. Cabe recalcar que por cada nuevo procedimiento o consulta con el especialista, el paciente debe regresar

a su centro de salud de origen o primer nivel de atención para evaluación y tener su referencia activada, procedimiento sumamente engorroso.

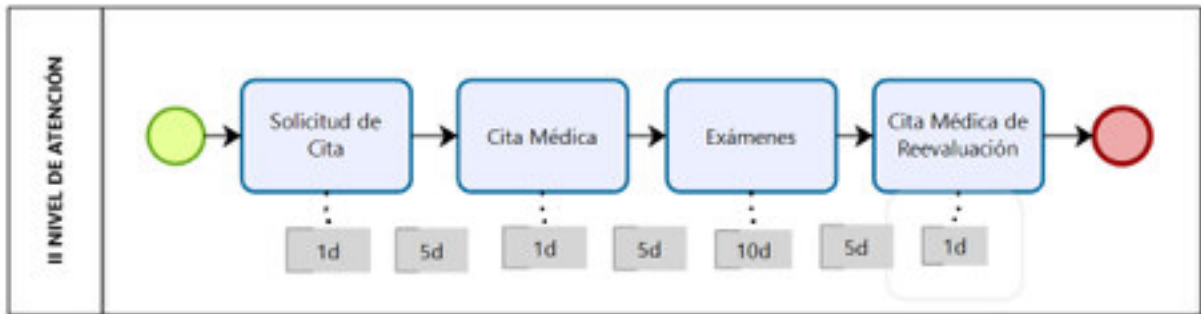
En el segundo nivel de atención, el motivo principal de su actuación es determinar el diagnóstico histológico o anátomo-patológico por el cual el paciente tendrá que ser reevaluado para tener un tratamiento curativo o paliativo para su enfermedad, es por eso que en este nivel tenían una pérdida de tiempo valiosa entre interconsultas con diversos especialistas, pedir evaluación y activar su referencia. En la actualidad, se ha intentado reducir al mínimo el número de biopsias tumorales, porque una buena interpretación de las imágenes nos da una presunción diagnóstica muy precisa para poder acudir al siguiente nivel.

Proceso de la atención del paciente con patología oncológica hepática en el nivel II



Control de tiempos del

proceso de atención del paciente con patología oncológica hepática en el nivel II



Como podemos observar el tiempo de ciclo estimado de atención en el Nivel II del Proceso de atención del paciente con patología oncológica hepática es de 28 días.

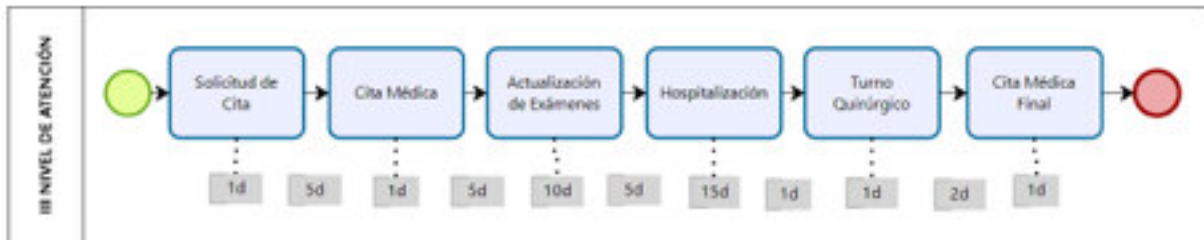
Una vez que el paciente tiene un diagnóstico definitivo y evaluado por especialistas entre los cuales tenemos al cirujano oncólogo, puede determinarse si es que amerita un tratamiento curativo: trasplante hepático, resección quirúrgica o terapias ablativas (producir necrosis en el tumor). Para esto existían algunos obstáculos entre los que mencionamos:

Proceso de la atención del paciente con patología oncológica hepática en el nivel III



Control de tiempos del

proceso de atención del paciente con patología oncológica hepática en el nivel III



Como podemos observar el tiempo de ciclo estimado de atención en el nivel III del Proceso de atención del paciente con patología oncológica hepática es de 47 días.

Todo lo anterior se resume en un tiempo aproximado de 117 días desde que el paciente acude a su primera consulta hasta que pasa por los tres niveles de atención y se determina si va a recibir tratamiento quirúrgico con intención curativa o tendrá que recibir tratamiento paliativo, que a continuación detallamos:

Un paciente que acude a consulta en primer o segundo nivel de atención con síntomas de dolor abdominal, náuseas, vómitos y con una ecografía abdominal en donde se evidencia una masa hepática de diferente tamaño, que puede estar asociado a signos indirectos de hipertensión portal o cirrosis hepática, por lo que ingresa a un proceso diagnóstico, en donde se solicita exámenes de laboratorio, marcadores virales de hepatitis, imágenes como tomografía de abdomen, marcadores tumorales, riesgo quirúrgico y evaluación por diversos especialistas

para llegar a dos objetivos: identificar la etiología de la masa hepática y evaluar el estado general del paciente para determinar si va a tolerar la cirugía.

Luego de realizar el proceso de diagnóstico anteriormente mencionado, el paciente portador de hepatocarcinoma debe ser referido al HNGAI. Pero esta referencia no es inmediata sino que tiene obstáculos institucionales y de conocimiento de la enfermedad a tratar; asimismo existe falta de organización de procesos, de turnos quirúrgicos y de personal de salud, que provoca la pérdida de tiempo valioso y que significa que la enfermedad resecable se convierta en una enfermedad irresecable con mal pronóstico pobre para el paciente.

Los factores asociados al retraso en el tratamiento quirúrgico oncológico, son prioritariamente institucionales y de gestión, por lo que es necesario un abordaje en los principales conceptos de gestión. Por eso en esta sección de la tesis trataremos de la gestión hospitalaria, La gestión por procesos, método 6M de la calidad. Asimismo, remarcamos que no hay estudios nacionales sobre este tema, y en otros países describen el problema, evalúan el proceso de atención pero de forma superficial. Asimismo, revisaremos diversos factores para gestionar con eficacia y eficiencia.

Gestión Hospitalaria.

La Real Academia de la Lengua define a la gestión como a la acción y efecto de gestionar que tiene como definición ocuparse de la administración, organización y funcionamiento de un organismo.

Las actividades administrativas son propias de las personas como se ha mostrado en la historia de la humanidad. En la evolución del hombre y el crecimiento industrial también han ido evolucionando métodos y técnicas para lograr una mejor organización en los contextos sociales, económicos y culturales donde se desarrollan las personas. En este sentido, las organizaciones en el transcurso de la vida aprenden, desarrollan y gestionan según su estructura funcional, sus objetivos, su filosofía y los gestores administrativos de los cuales se provee.¹⁸

Luther Gulick, afirmó que la administración consistía en la realización de objetivos prefijados y es un sistema de conocimiento por medio del cual los hombres establecen relaciones, predicen resultado e influyen en las consecuencias de cualquier situación en que se organicen para trabajar unidos en el logro de sus propósitos comunes¹⁹.

Jones (2006), en su libro de Administración Contemporánea, menciona que la administración es la planeación, organización, dirección, y control de los recursos humanos para alcanzar con eficiencia y eficacia las metas de la organización.

En relación a las definiciones presentadas de los autores podemos concluir que la administración es un acto humano y que depende de habilidades de liderazgo de los gestores para lograr resultados eficientes para las organizaciones. Según los autores citados la gestión se ocupa preferentemente del personal y la forma como los miembros de las organizaciones logran garantizar que los procesos sean eficientes.

Una gestión o administración efectiva mejorará el desarrollo de los servicios de salud, principalmente los procesos quirúrgicos relacionados al manejo del hepatocarcinoma, requieren un abordaje exhaustivo y exigente en esta materia, por lo que es necesario que los servicios de salud identifiquen y seleccionen sus mejores iniciativas, las armen de los recursos necesarios y se aseguren que una vez implementadas sean gestionadas de forma adecuada.

Malagón, Galván y Pontón (2013) define a la gestión hospitalaria como: “relación que existe entre estructura, proceso y resultados obtenidos en el campo científico, administrativo y financiero”. La estructura y oferta de servicios incluye la organización y funcionamiento de los servicios de salud y los recursos tanto físicos, tecnológicos y financieros así como los sistemas de información vigente; el proceso debe ser entendido como superposición de la demanda, características de los usuarios y la estructura, implica las interrelaciones entre los recursos humanos tecnológicos, económicos y las actividades intermedias y finales incluye además de los procesos administrativos, financieros y científicos inherentes al diagnóstico y tratamiento de los pacientes visualizados, mediante el protocolo de manejo de diagnóstico y terapéutica, los resultados se desglosan en actividades intermedias y finales.²⁰

Gestión por Procesos.

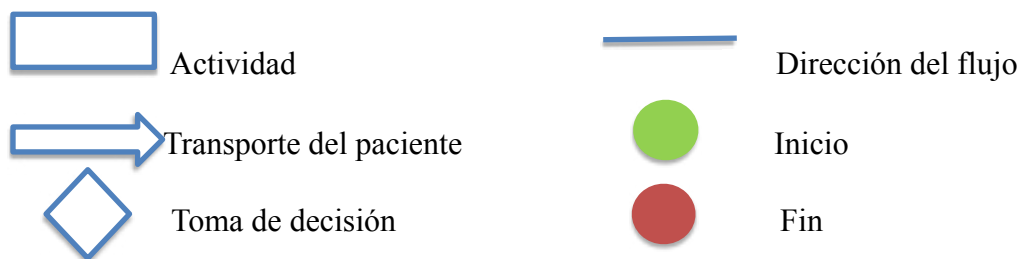
Alfaro Gómez S., define a la gestión por procesos como la forma de conducir o administrar una organización, enfocándose en el valor agregado para el cliente por encima de las actividades de la organización. Gestión por procesos es también gestión de la calidad. La calidad implica entonces una mejora continua en donde la organización es eficiente y eficaz, considera las necesidades del cliente para cumplir con sus expectativas. La Gestión por Procesos es considerada como una de las herramientas de mejora más efectivas²¹.

Se define a la Gestión por Procesos como la administración de la organización considerándola como una unidad en la que cada área tiene participación en el resultado final. Permite medir los resultados obtenidos y hacer una comparación con los objetivos propuestos, convierte toda información en una herramienta para la toma de decisiones y mejora continua con intenciones de cumplir con la misión para la cual la organización fue creada. En una visión de la gestión por procesos se hace un análisis de qué causó el problema, se considera a cada área como parte de un proceso, las áreas están integradas, el trabajo es en equipo, existe un compromiso con la meta organizacional y está siempre orientado a la satisfacción del paciente²².

Proceso viene del latín *procesus*, que significa avance y progreso, es un conjunto de actividades relacionadas entre sí que transforma entradas en resultados o salidas. En una organización, la gestión por procesos se inicia a partir de la diagramación de su cadena de valor (proceso principal de la organización)^{23,24}.

En una organización sanitaria entendemos como proceso a la serie de actividades que se realizan entre servicios o niveles de atención, que agregan valor a la organización y ofrece un servicio al paciente, ya sea interno o externo. Este tipo de gestión es diferente a la organización funcional ya que se enfoca en el resultado y el paciente satisfecho, lo que permite la mejora del flujo de trabajo y la eficiencia del proceso²⁴.

Para el modelamiento de un proceso, es necesario realizar una diagramación del proceso. Diagramar es una representación visual de un proceso que permite observar sus fases, tiempos y actividades de los mismos. Esta representación permite a la organización el análisis del proceso completo y la identificación de fases o actividades que no agregan valor o son innecesarias a través del uso de simbología²².



Existen tres tipos de procesos como son: los procesos estratégicos, gestionados por la alta dirección que se encargan de definir las metas de la organización, sus políticas y estrategias; los procesos misionales u operativos, gestionados por órganos de control que se encargan de llevar a cabo las acciones que permiten desarrollar las políticas y estrategias definidas para

ofrecer un servicio al paciente; y, los procesos de soporte o apoyo, gestionados por órganos administrativos encargados de la organización y gestión de los recursos para llevar a cabo los procesos misionales u operativos²³.

Método 6 M's de la Calidad

Para el mejoramiento continuo de la calidad en una organización es importante implementar el uso del método 6M, siendo éste un método que consiste en identificar un problema y agruparlo en las causas potenciales subdivididas en seis²⁴.

- a) Métodos: Es la documentación adecuada para el funcionamiento de un proceso eficiente.
- b) Materiales: Contar con la materia prima para ofrecer un servicio de calidad.
- c) Máquinas: Contar con los equipos adecuados y operativos para llevar a cabo un proceso eficiente.
- d) Medio Ambiente: Consiste en el mantenimiento del entorno en buenas condiciones de manera que no interfiera en el flujo del proceso.
- e) Mano de obra: Consiste en la gestión del recurso humano para para brindar un servicio.
- f) Mediciones: Consiste en el control de la calidad a partir del uso de instrumentos de medición de indicadores que permitan medir la calidad de un servicio.

En el Perú y a nivel internacional, hemos encontrado trabajos que se refieren a tiempo de espera quirúrgica en hospitales, prioridad en listas de espera, guías para la gestión de la lista

de espera. Asimismo en su análisis encontramos que dentro de los factores que prolongan las listas de espera tenemos factores administrativos, factores asistenciales, factores sanitarios en diferentes servicios quirúrgicos del Sistema de Salud de diferentes países; En el presente trabajo estamos poniendo en evidencia los factores que contribuyen a prolongar esta lista de espera en nuestra realidad dentro de la seguridad social y en un servicio especializado en cirugía hepática que se centra en el tratamiento curativo de los tumores²⁵⁻³².

Hepatocarcinoma

El hepatocarcinoma es una patología oncológica agresiva en el estado general del paciente, diseminación vascular a distancia y deterioro de función hepática, debemos situarla como una enfermedad de crecimiento rápido y con poco tiempo para poder ofrecer un tratamiento curativo, ya que como vemos en los registros mundiales su incidencia y mortalidad anual son semejantes, sinónimo de mal pronóstico.

El cáncer primario de hígado tiene diversas presentaciones a nivel mundial, con diferente comportamiento tumoral en América Del Norte, Europa, Asia, África o América Latina demostrado por trabajos a nivel genético multicéntricos, pero debemos concluir que en forma global el hepatocarcinoma es la sexta causa más común de cáncer a nivel global y la segunda causa de mortalidad a nivel mundial^{33,35}.

Existe una asociación entre hepatocarcinoma en el sustrato de un hígado cirrótico hasta en un 80% según reportes.

Debemos resaltar en la presente tesis es que el hepatocarcinoma se relaciona con lo siguiente factores etiologicos:

- ✓ Cirrosis por infección de hepatitis virales, virus de la hepatitis C (VHC) y virus de la hepatitis B (VHB).
- ✓ Enfermedades hepáticas metabólicas: Enfermedad hepática grasa no alcohólica (NAFLD), esteatohepatitis no alcohólica (NASH), hemocromatosis, deficiencia de alfa 1-antitripsina, y enfermedad de Wilson.
- ✓ Enfermedad Hepática alcohólica.
- ✓ Enfermedades autoinmunes: colangitis esclerosante primaria (PSC), cirrosis biliar primaria (PBC), y hepatitis autoinmune.
- ✓ Factores medioambientales como las aflatoxinas.

El hepatocarcinoma se presenta mayormente en Oriente, con mayor prevalencia en África Sub-Sahariana, y el Este de Asia en donde la infección por el virus de la Hepatitis B (VHB) es endémica. Así mismo, debemos tener en cuenta que la incidencia en Occidente está en aumento debido al incremento de NAFLD correlacionado directamente con el aumento de la obesidad en esta región³⁴.

A pesar de tener programas de seguimiento a la población en riesgo a nivel mundial, la sobrevida a 5 años es pobre llegando solo a un 20%, lo que se correlaciona con un retraso en el diagnóstico. Existen diversos sistemas de clasificación del hepatocarcinoma, entre los cuales destaca el sistema de estadiaje del Barcelona Clinic Liver Cancer (BCLC), uno de los más usados y controversial en la actualidad, asimismo nos da información acerca del estadio tumoral, función hepática, estado general del paciente y síntomas de la enfermedad oncológica; además lo clasifica en cinco estadios, con un tratamiento específico que va desde terapias curativas (trasplante, resección hepática, terapias ablativas) y paliativas (quimioembolización, uso de antiangiogénicos como el Sorafenib, terapias sintomáticas que mejoran la calidad de vida entre otras)^{37,38}.

Diagnóstico del Hepatocarcinoma

En lo que respecta al diagnóstico del cáncer primario de hígado, debemos mencionar lo siguiente: exámenes serológicos como marcadores de hepatitis virales y marcadores tumorales, exámenes de imágenes, y la histología evaluada por un patólogo calificado; la combinación de estos tres pilares nos acerca a un diagnóstico casi certero de la patología a tratar; para catalogar al enfermo como un paciente resecable o no, candidato para tratamientos curativos o paliativos^{39,40,41}.

Dentro de los marcadores evaluados para diagnóstico y seguimiento de esta enfermedad tenemos a la Alfafetoproteína (AFP), tiene una limitada sensibilidad y especificidad; debi-

do a que no solamente el hepatocarcinoma eleva este marcador también otras entidades como la enfermedad hepática crónica, el embarazo, los tumores gonadales embrionarios, etc. existe además una variante de hepatocarcinoma llamada carcinoma fibrolamelar que tiene valores normales de este biomarcador. Entonces debemos definir que una pequeña población de pacientes con hepatocarcinoma presenta un biomarcador: alfafetoproteína (AFP) elevado^{42,43}.

Existen variantes de este marcador de las cuales la AFP-L3 ha sido la más específica y ha sido demostrada como indicador de pronóstico. En países asiáticos, se está usando un biomarcador Desgamma-carboxiprotrombina (DCP) como indicador para búsqueda y seguimiento luego de un tratamiento curativo^{44,45}.

Dentro las poblaciones en riesgo de sufrir de hepatocarcinoma, el uso de la ecografía cada 6 meses es una medida establecida, es importante el tamaño de la lesión ya que lesiones menores de 1 cm. hacemos seguimiento y repetimos la ecografía en intervalos de 3-4 meses, debido a que muchas de estas lesiones no son hepatocarcinomas sino que pueden ser nódulos de regeneración en la base de un órgano enfermo con hepatopatía crónica; pero si la lesión es mayor de 1 centímetro en el contexto de un hígado cirrótico se debe indicar exámenes de imágenes dinámicas con contraste con Tomografía Computada Multidetector (MDCT) o Imágenes de Resonancia Magnética (MRI)⁴⁶.

Los signos radiológicos patognomónicos de Hepatocarcinoma no siempre están presentes: la captación ávida de contraste en fase arterial seguido por un fenómeno de washout en la fase

venosa o tardía. Asimismo si la imagen no puede determinar con exactitud la etiología de la masa tumoral ya sea en un hígado cirrótico o no cirrótico debemos tener presente, solo en estos casos, que la biopsia de la lesión es una buena opción, teniendo en cuenta que la toma de biopsia tiene un riesgo bajo de diseminación tumoral pero además la toma de muestra en lesiones menores de 2 centímetros es dificultosa y se debe tener experiencia para obtener una buena muestra de estudio^{46,47}.

Tratamiento del Hepatocarcinoma

Al tener un diagnóstico presuntivo de hepatocarcinoma debemos estadiar la enfermedad del paciente y ofrecer la mejor opción de tratamiento. La Clasificación de Barcelona (BCLC) es ampliamente usada, donde se ofrece una opción de tratamiento apropiada para cada estadio del paciente, teniendo en cuenta estado general, función hepática, características del tumor. Entonces la determinación de un tratamiento óptimo para pacientes con hepatocarcinoma puede ser una tarea muy compleja y se necesita de un equipo multidisciplinario capacitado y especializado^{48,49}.

Dentro de los tratamientos curativos de la patología oncológica hepática tenemos a la Resección Hepática, que es una opción válida en la actualidad pero que se reserva para pacientes con patología tumoral hepática sobre la base de un hígado no cirrótico o con cirrosis temprana categoría Child A bien compensada, debido a que después de la cirugía pueden presentar complicaciones o mortalidad; si el paciente es bien elegido la resección hepática puede

tener resultados semejantes a los demostrados en el trasplante hepático como lo menciona Llovet et al. en el año 1999^{50,51}.

En el desarrollo de la Cirugía hepática, se tomó en cuenta la clasificación de Child-Pugh para evaluar si el paciente es candidato para cirugía hepática y puede tolerarla. En la actualidad el score: Model for End-Stage Liver Disease (MELD) es una buena herramienta en predecir resultados posteriores a la cirugía, ya que un valor menor o igual a 10 en un paciente cirrótico tiene un riesgo quirúrgico bajo de morbilidad, mortalidad e insuficiencia hepática postoperatoria. Dentro de los factores pronósticos independientes luego de una resección hepática tenemos que tomar importancia de la alteración del perfil de coagulación y el nivel de bilirrubina; ya que la presencia de ellos hace una diferencia significativa en la sobrevida.

Dentro de la evaluación de la función hepática toma suma importancia el concepto de Hígado remanente futuro (FLR), que viene a ser una medida del volumen hepático que nos queda luego de una resección hepática; Kubota et al. Determinaron que el uso de la tomografía computada nos puede servir para obtener imágenes acerca del volumen hepático en estudio, y en la actualidad ambos métodos de volumetría en Tomografía computada y Resonancia Magnética se usa para evaluar volúmenes hepáticos y remanentes hepáticos futuros (FLR)^{52,53,54}.

Debemos tener en cuenta los pacientes candidatos para resección hepática, el principal objetivo es lograr la resección anatómica que debe ser el resultado esperado en toda operación

con fines curativos para hepatocarcinoma, y se recomienda debido al riesgo que existe de invasión vascular sobre el tronco venoso portal segmentario⁵⁵⁻⁵⁸.

La resección hepática puede alcanzar metas de sobrevida de 70% a 5 años, una limitante en estos casos es la recurrencia mayormente intrahepática en un rango de 50-70% en 5 años. Dentro de los factores encontrados para recurrencia temprana tenemos el uso de una resección no anatómica, invasión microvascular, tumor pobremente diferenciado, número de nódulos satélites, y altos niveles de biomarcador alfafetoproteína (AFP); sin embargo, la recurrencia tardía está asociada con el número de nódulos tumorales, el estado de fibrosis hepática y el grado de hepatitis^{59,60}.

El trasplante hepático es otro método curativo para hepatocarcinoma, que no solo trata el tumor primario, sino que da solución al hígado enfermo subyacente. Antes de los años 90, los resultados en trasplante hepático fueron desalentadores, aproximadamente tenía una sobrevida global de 30-40% a los 5 años. En un estudio publicado por Mazzaferro et al. reconoció la importancia de seleccionar al paciente que será sometido a trasplante hepático por un hepatocarcinoma sobre la base de una cirrosis subyacente y propuso los criterios de Milán. Estos criterios incluyen un paciente con un tumor único menor de 5 centímetros, o un máximo de 3 nódulos menores o iguales de 3 centímetros, sin invasión vascular y sin enfermedad a distancia, dando por resultado que la sobrevida global se elevaba a 75% y la sobrevida libre de recurrencia a 83% luego de 4 años de un trasplante por hepatocarcinoma.

Existen otros grupos de trabajo que han propuesto otros criterios extendidos para realizar trasplante hepático sobre un hepatocarcinoma como el grupo de criterios por encima de siete y otro grupo de la Universidad de California, San Francisco (UCSF) que incluyen pacientes cirróticos con hepatocarcinoma, con un tumor único menor de 6,5 cm o menor igual a 3 nódulos con la lesión más grande de 4,5 cm y un diámetro tumoral total menor o igual a 8 cm; en este estudio Yao et al, demostró una sobrevida global de 90% y 75,2% al primer y quinto año respectivamente; pero se observó una mayor mortalidad post-trasplante⁶¹⁻⁷⁴.

Las terapias locoregionales (terapias ablativas y terapias intraarteriales) pueden ser indicadas en algunos casos especiales con intención curativa. Las terapias ablativas incluyen la inyección de etanol percutánea (PEI), ablación por radiofrecuencia (RFA) y ablación por microondas (MWA) buscan producir necrosis por quemadura en células tumorales, produciendo severo daño tisular por coagulación⁷⁵⁻⁷⁹.

La ablación por radiofrecuencia (RFA) consiste en corrientes eléctricas oscilantes de alta frecuencia que producen resistencia en un campo delimitado por el electrodo que resulta en hipertermia tisular con una temperatura de 60-100°C y necrosis por coagulación, con buenos resultados en tumores menores de 3 cm^{80,81,82}.

La Ablación por microondas (MWA), genera hipertermia tisular vía un campo electromagnético que produce moléculas polares como el agua que continuamente se friccionan con el campo; debemos tener en cuenta que en ambas terapias la ablación por radiofrecuencia y la

ablación por microondas, produce necrosis por coagulación del tumor, incluyendo un margen periférico de tejido normal que se realiza para lograr minimizar la recurrencia local^{83,84}.

La terapia locoregional ablativa estándar se ha considerado a la ablación por radiofrecuencia como una terapia de primera línea para hepatocarcinoma en etapas tempranas logrando mejores resultados en sobrevida global y sobrevida libre de enfermedad, menores tasas de recurrencia que la inyección percutánea de etanol (PEI). Actualmente, se debate que terapia curativa es mejor para hepatocarcinomas en etapas tempranas si la ablación por Radiofrecuencia o la resección hepática teniendo resultados diversos; sin embargo, se está realizando un estudio SURF trial el cual es dirigido por Hasegawa et al. y es un ensayo controlado randomizado multicéntrico⁸³⁻⁸⁹.

Las terapias intraarteriales como TACE que consiste en la utilización de quimioterapia con citotóxicos intraarteriales (Doxorrubicina y Cisplatino) seguido por una embolización de la zona demarcada o seleccionada del parénquima hepático, creando una zona de oclusión vascular e induciendo isquemia y necrosis en la lesión de la hepatocarcinoma. Lo anteriormente descrito se basa en el principio que las lesiones hepáticas reciben su aporte sanguíneo predominantemente de la arteria hepática, a diferencia del parénquima hepático normal el cual recibe su riego sanguíneo de la circulación portal. Según la Clasificación de Barcelona es una indicación terapéutica para hepatocarcinomas clasificados como de categoría intermedia, en donde son tributarios de terapias paliativas⁹⁰⁻⁹⁶.

La radioembolización con Yttrium-90 (Y-90), tiene su respaldo en un estudio prospectivo simple con 291 pacientes de los cuales el 52% tuvieron trombosis tumoral de vena porta, fueron tratados con radioembolización transarterial con una tasa de respuesta completa de 23%. Mazzaferro et al. realizó un estudio fase II con radioembolización con Y-90 demostrando que el 9.6% de los pacientes tuvieron una respuesta completa y un 40.4% tuvieron una respuesta objetiva. Un ensayo fase III (TRACE) está actualmente en curso en donde se compara radioembolización con Y-90 con TACE^{97,98,99}.

Se han utilizado diversos métodos oncológicos para evaluar la respuesta tumoral y criterios modificados como RECIST (Response Evaluation Criteria in Solid Tumors), criterios de la European Association for the study of the liver (EASL), RECIST modificado y criterios de Choi. En la actualidad, la Resonancia Magnética funcional ha demostrado grandes beneficios en la evaluación de la respuesta tumoral del hepatocarcinoma debido a las terapias locoregionales, y nos sirve como una guía para el tratamiento del hepatocarcinoma en el futuro¹⁰⁰⁻¹⁰³.

El hepatocarcinoma tiene pobre respuesta a la quimioterapia sistémica? En el año 2007 surge un fármaco denominado sorafenib como la primera y única terapia probada para aumentar la sobrevida en hepatocarcinoma en estadio avanzado. El uso del fármaco sorafenib se basa en el estudio SHARP, es un inhibidor múltiple de la tirosinquinasa, en un ensayo controlado contra placebo, doble ciego, multicéntrico, fase 3. Se demostró que el grupo de sorafenib presentó una sobrevida media prolongada de 10.7 meses vs 7.9 meses en el grupo placebo con significancia estadística. Debemos aclarar que este estudio SHARP fue realizado en Europa,

Norteamérica, y Australia en donde el hepatocarcinoma se relaciona más con la infección por el virus de la hepatitis C y el consumo de alcohol¹⁰⁴⁻¹⁰⁵.

Un estudio similar se realizó en la región de Asia- Pacífico, donde es más frecuente la asociación entre hepatocarcinoma y la infección por virus de la hepatitis B. El estudio Asia-pacífico fue un ensayo controlado contra placebo, doble ciego, randomizado, multicéntrico, fase 3 en donde se evaluó a 226 pacientes. Se demostró beneficio en supervivencia global y resultados concluyentes similares a los del estudio SHARP; es por este motivo que se aprobó el uso de sorafenib para casos de hepatocarcinoma avanzado en la región Asia- Pacífico¹⁰⁶⁻¹⁰⁹.

Tenemos varios fármacos al momento en desarrollo e investigación como el sunitinib, linifanib, erlotinib, brivanib, everolimus; pero ninguno ha demostrado beneficios sobre el sorafenib, es por ello que se continúan investigando terapias múltiples para hepatocarcinoma, pero se necesita mayor conocimiento^{110,111,112,113,114}.

El tratamiento oncológico del hepatocarcinoma ha evolucionado de una manera sorprendente en los últimos 20 años con indicaciones precisas para resección quirúrgica, criterios de trasplante hepático, avances en las terapias locoregionales, y uso de sorafenib en hepatocarcinoma avanzado. Se debe tener un enfoque multidisciplinario para el manejo del hepatocarcinoma^{113,114}.

En la realidad peruana no se han realizado este tipo de estudio resaltando la importancia de un diagnóstico precoz del hepatocarcinoma, y se logro evaluar todo el proceso de atención al paciente desde el momento de la búsqueda de consulta hasta su tratamiento quirúrgico curativo o paliativo.

Existe un proceso estructurado para la atención de un paciente con patología quirúrgica en base a niveles de atención, para ello se utilizó a la Gestión por Procesos y su diagramación por cadenas de valor de tal manera que nos permita visualizar los procesos involucrados en los tres niveles de atención para posteriormente a través de la metodología Lean Healthcare se puedan optimizar procesos logrando así eliminar todos los obstáculos en cada fase del proceso.

Factores.

Factores Personales.

Respecto a la persona, y caracteriza su vida, dependen de cada humano y de su estilo de vida, que incluye las actitudes, conductas y capacidades sociales. Como se puede apreciar en estudios previos relacionados, los cuales hemos tenido referencia²⁵⁻³². Los factores principales se pueden incluir en los dos grupos siguientes:

- a) Situación y condicionamientos económico-sociales, que están relacionados con la situación socioeconómica, la cultura, la vida familiar y el estrés.
- b) Actitud y conducta, que tiene gran importancia ya que los hábitos adquiridos pueden afectar favorablemente a la salud o bien ser factores de riesgo.

Factores Institucionales.

Son todos los componentes de una institución que van a permitir el desarrollo integro de sus funciones, tanto de los trabajadores como la atención de los pacientes.

Van desde la inmobiliaria con la que cuenta, esto permite comodidad para los trabajadores y un acceso más favorable para los pacientes. También se incluyen a la labor que cumplen los trabajadores esto se cuenta como un recurso institucional que dependiendo de su actitud favorecerá o no la institución.

- a) Con qué cuenta: Todos los recursos para poder laborar y realizar el proceso ya sea físico o alguna acción sobre otra persona.
- b) Cómo lo utiliza: Realiza bien o mal el proceso, trae ingresos satisfactorios, no solo a nivel económico también a nivel cognoscitivo si la persona a la cual le ofrece los servicios los recibe satisfactoriamente.

Capítulo III.

Materiales y Métodos

Se realizó un estudio observacional de tipo descriptivo, no experimental, de diseño transversal. Para Altuve y Rivas, el diseño de la investigación es una estrategia en la que el investigador aborda un problema que permite la identificación de los pasos que se debe seguir para llevar a cabo un estudio¹¹⁷.

Es una investigación no experimental, es un estudio sin manipulación de las variables en los que se observan los hechos tal y como se presentan en su ambiente natural. Es de diseño transversal debido a que se define como aquella investigación en donde se recopilan datos en un momento único, de tipo descriptivo en donde se proporciona la descripción de incidencia de la modalidad de una o más variable en una población^{118,119,120,121}.

El estudio fue realizado a una población total de 42 pacientes que ya han recibido tratamiento quirúrgico oncológico por hepatocarcinoma desde el año 2012 hasta el 2013. Fueron criterios de inclusión tener el diagnóstico clínico e imágenes de hepatocarcinoma, haber recibido tratamiento quirúrgico en el departamento de cirugía general, servicio de cirugía de hígado y vías biliares del hospital Guillermo Almenara Irigoyen de EsSalud en Lima – Perú durante el periodo de enero 2012 a diciembre del 2013. Los criterios de exclusión fueron haber recibido tratamiento previo en otra institución, que los datos en las historias clínicas estén incompletos y que los pacientes no acepten llenar el cuestionario. Las variables de estudio fue independientes siendo esta, factores asociados al retraso del tratamiento quirúrgico oncológico del hepatocarcinoma.

Validación y Consistencia de la prueba

La encuesta fue validada mediante juicio de 4 expertos: un médico con grado de doctor, un ingeniero industrial con grado de magister, un administrador con grado de doctor, un ingeniero estadístico con maestría:

Validación del cuestionario por juicio de expertos. San Fernando, 2013.

CRITERIOS	J1	J2	J3	J4
1. El instrumento recoge información que permite dar respuesta al problema de investigación	1	1	1	1
2. El instrumento propuesto responde a los objetivos del estudio	1	1	1	1
3. La estructura del instrumento es adecuada	1	1	1	1
4. Los ítems del instrumento responden a la operacionalización de la variable	1	1	1	1
5. La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento	1	1	1	1
6. Los ítems son claros y entendibles	1	1	1	1
7. El número de ítems es adecuado para su aplicación	1	1	1	1

El cálculo del porcentaje de concordancia entre los jueces tuvo como resultado 100%

El cuestionario consta de 26 ítems, para la determinación de su consistencia se utilizó el Alfa de Cronbach con un resultado de 0,985. Se utilizó Anova para probar asociaciones de factores con el estado final. Para el análisis de sobrevida global, en días, se calculan los tiempos desde la primera consulta hasta el tratamiento quirúrgico. Se consideró un valor de $p < 0.05$ como estadísticamente significativo. Se realizó una recolección manual y un procesa-

miento electrónico y estadístico. El programa estadístico SPSS versión 23.0 (de prueba) se utilizó para el análisis de los datos.

Los métodos estadísticos usados fueron los estadísticos descriptivos de acuerdo a nuestros objetivos planteados. Los tipos de análisis fueron: análisis bivariado y cuantitativo, la presentación de los datos se muestra en tablas de distribución de frecuencia, gráfico de histogramas.

Capitulo IV.

Resultados

La Tabla N° 1 muestra la significancia por grupo de factores. Evidencia que los factores institucionales son significativos, quiere decir que están asociados a retraso del tratamiento, dentro de ellos observamos al factor institucional por métodos y mediciones.

Tabla N°1.
ANOVA de Factores según encuesta en el HNGAI 2012-2013

		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Factores Personales	Entre grupos	,096	13	,007	,398	,958
	Dentro de grupos	,519	28	,019		
	Total	,614	41			
F. Institucional Materiales	Entre grupos	1,330	13	,102	1,597	,146
	Dentro de grupos	1,795	28	,064		
	Total	3,125	41			
F. Institucional Métodos	Entre grupos	,389	13	,030	2,649	,015
	Dentro de grupos	,316	28	,011		
	Total	,705	41			
F. Institucional Mano de obra (re- cursos humanos)	Entre grupos	,528	13	,041	1,557	,159
	Dentro de grupos	,730	28	,026		
	Total	1,257	41			
F. Institucional Máquinas (equi- pos)	Entre grupos	,283	13	,022	,744	,707
	Dentro de grupos	,818	28	,029		
	Total	1,101	41			
F. Institucional Medio Ambiente (en- torno/cliente)	Entre grupos	1,693	13	,130	1,286	,278
	Dentro de grupos	2,836	28	,101		
	Total	4,530	41			
F. Institucional Mediciones	Entre grupos	4,393	13	,338	4,542	,000
	Dentro de grupos	2,083	28	,074		

Total	6,476	41
-------	-------	----

La Tabla N° 2 muestra la significancia por ítems de cada grupo de factores. Evidencia que en factores personales es significativa la procedencia, en los factores institucionales son significativos: falta de insumos, insuficiente información y comunicación, citas médicas para reevaluación inoportunas, resultados de laboratorio desactualizados y que no existe control en los tiempos de espera.

Tabla N°2.
ANOVA de Factores por ítems según encuesta en el HNGAI 2012-2013

		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Edad	Entre grupos	21,131	13	1,625	1,088	,408
	Dentro de grupos	41,845	28	1,494		
	Total	62,976	41			
Género	Entre grupos	2,179	13	,168	,566	,860
	Dentro de grupos	8,298	28	,296		
	Total	10,476	41			
Procedencia	Entre grupos	5,607	13	,431	2,810	,011
	Dentro de grupos	4,298	28	,153		
	Total	9,905	41			
Antecedentes	Entre grupos	9,643	13	,742	1,239	,305
	Dentro de grupos	16,762	28	,599		
	Total	26,405	41			
Automedicación	Entre grupos	2,214	13	,170	1,119	,384
	Dentro de grupos	4,262	28	,152		

	Total	6,476	41			
Creencias y rituales espirituales	Entre grupos	2,857	13	,220	,873	,588
	Dentro de grupos	7,048	28	,252		
	Total	9,905	41			
Medicina alternativa	Entre grupos	2,940	13	,226	,909	,555
	Dentro de grupos	6,964	28	,249		
	Total	9,905	41			
Alimentación saludable	Entre grupos	,000	13	,113	,562	,863
	Dentro de grupos	,000	28	,200		
	Total	,000	41			
Ejercicio	Entre grupos	1,464	13	,113	,562	,863
	Dentro de grupos	5,607	28	,200		
	Total	7,071	41			
Otras prácticas	Entre grupos	,000	13	,000	.	.
	Dentro de grupos	,000	28	,000		
	Total	,000	41			
Falta de insumos	Entre grupos	2,202	13	,169	3,348	,004
	Dentro de grupos	1,417	28	,051		
	Total	3,619	41			
Falta de turnos quirúrgicos	Entre grupos	2,524	13	,194	,716	,733
	Dentro de grupos	7,595	28	,271		
	Total	10,119	41			
Insuficiente información y comunicación	Entre grupos	2,119	13	,163	6,846	,000
	Dentro de grupos	,667	28	,024		
	Total	2,786	41			
Citas médicas inoportunas	Entre grupos	2,060	13	,158	1,175	,345
	Dentro de grupos	3,774	28	,135		
	Total	5,833	41			

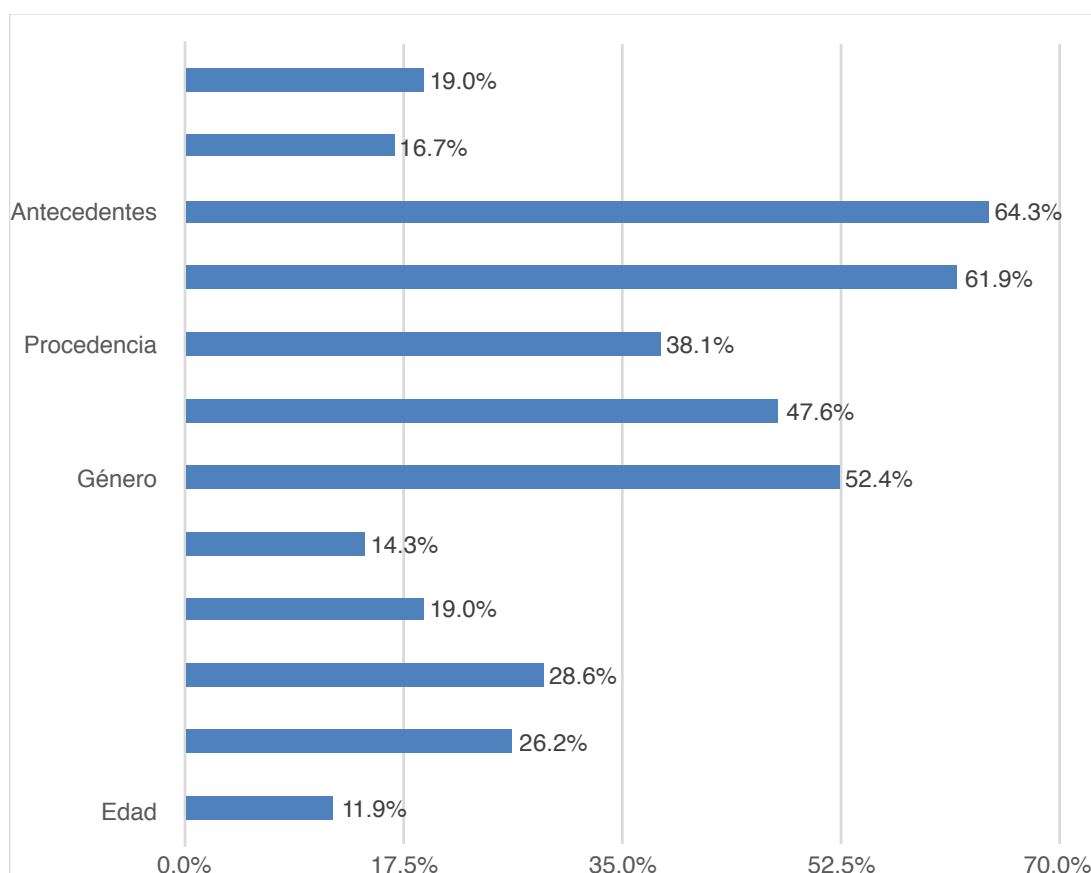
Citas médicas para re- evaluación inoportunas	Entre grupos	2,119	13	,163	6,846	,000
	Dentro de grupos	,667	28	,024		
	Total	2,786	41			
Citas para laboratorio inoportunas	Entre grupos	1,726	13	,133	,696	,751
	Dentro de grupos	5,345	28	,191		
	Total	7,071	41			
Resultados de laboratorio inoportunas	Entre grupos	,476	13	,037	2,051	,054
	Dentro de grupos	,500	28	,018		
	Total	,976	41			
Resultados de laboratorio desactualizados	Entre grupos	5,238	13	,403	3,385	,003
	Dentro de grupos	3,333	28	,119		
	Total	8,571	41			
Retrasos administrativos para la referencia	Entre grupos	,869	13	,067	,977	,496
	Dentro de grupos	1,917	28	,068		
	Total	2,786	41			
Retraso para el riesgo cardiológico	Entre grupos	,000	13	,000	.	.
	Dentro de grupos	,000	28	,000		
	Total	,000	41			
Retraso para el riesgo neumológico	Entre grupos	3,107	13	,239	,917	,548
	Dentro de grupos	7,298	28	,261		
	Total	10,405	41			
Falta de personal	Entre grupos	,476	13	,037	2,051	,054
	Dentro de grupos	,500	28	,018		
	Total	,976	41			
Equipo de salud insufi- ciente	Entre grupos	3,143	13	,242	1,247	,300
	Dentro de grupos	5,429	28	,194		
	Total	8,571	41			
Atención del	Entre grupos	1,714	13	,132	1,372	,233

Atención del personal inadecuada	Dentro de grupos	2,690	28	,096		
	Total	4,405	41			
Atención del personal inoportuno	Entre grupos	3,298	13	,254	1,251	,298
	Dentro de grupos	5,679	28	,203		
	Total	8,976	41			
No existen salas disponibles para la cirugía	Entre grupos	,869	13	,067	,977	,496
	Dentro de grupos	1,917	28	,068		
	Total	2,786	41			
No se cuenta con el equipo necesario (tomógrafo, resonador)	Entre grupos	,548	13	,042	,869	,591
	Dentro de grupos	1,357	28	,048		
	Total	1,905	41			
Complicaciones durante el proceso de espera (Infecciones)	Entre grupos	1,881	13	,145	1,605	,143
	Dentro de grupos	2,524	28	,090		
	Total	4,405	41			
Atención en otros centros de atención por la demora	Entre grupos	2,845	13	,219	,803	,652
	Dentro de grupos	7,631	28	,273		
	Total	10,476	41			
No existe control de tiempos de espera	Entre grupos	4,393	13	,338	4,542	,000
	Dentro de grupos	2,083	28	,074		
	Total	6,476	41			

El Gráfico N° 1 muestra los factores personales de acuerdo a los datos generales del paciente. Evidencia que de un total de 42 pacientes (100%), el 28% y 26% tienen entre 41 a 60 años, así como también se puede observar que no existe mucha diferencia entre la aparición de la patología en ambos géneros que en su mayoría el 61,9% proviene de provincias. Como antecedente a la enfermedad se observa que del 100%, el 64,3% presentó cirrosis.

Gráfico N° 1.

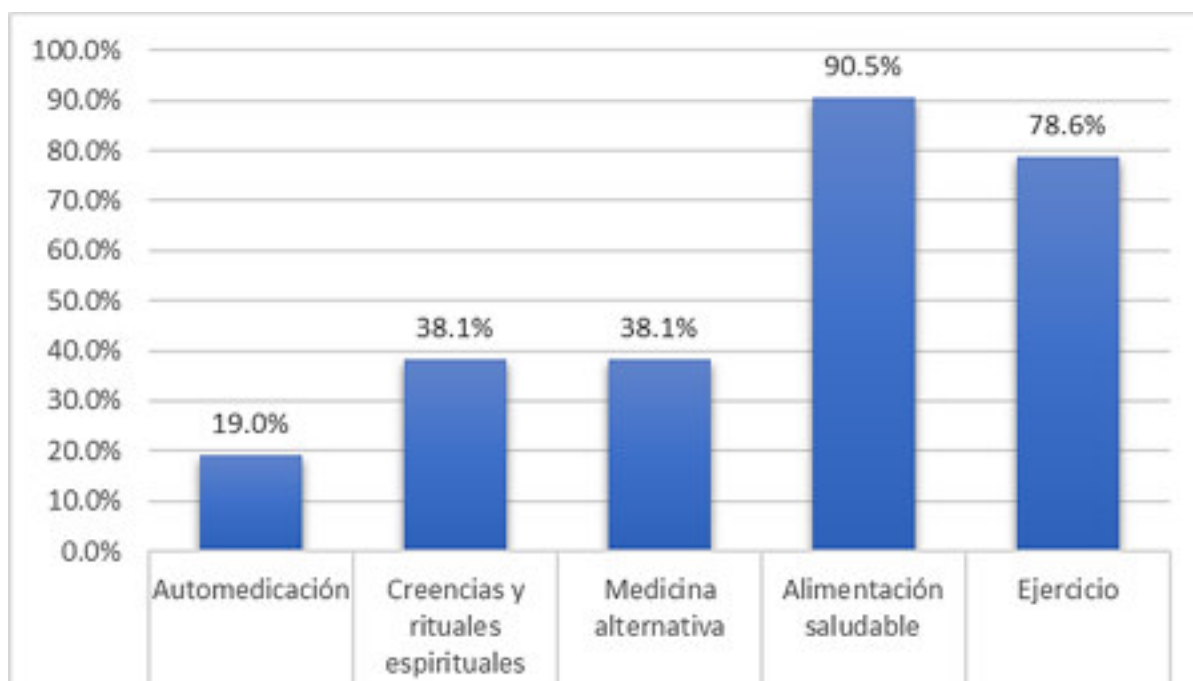
Factores personales por datos generales según encuesta en el HNGAI 2012-2013



El Gráfico N° 2 muestra los factores personales de acuerdo a la cultura del paciente asociados al retraso en el tratamiento quirúrgico. Evidencia que, en su mayoría, antes de acudir a un centro de salud: el 90,5% opta por alimentarse saludable, el 78,6% optan por ejercitarse, el 38,1% opta por practicar sus creencias, tradiciones, rituales espirituales o medicina alternativa y el 19% opta por automedicarse.

Gráfico N°2.

Factores personales por cultura según encuesta en el HNGAI 2012-2013

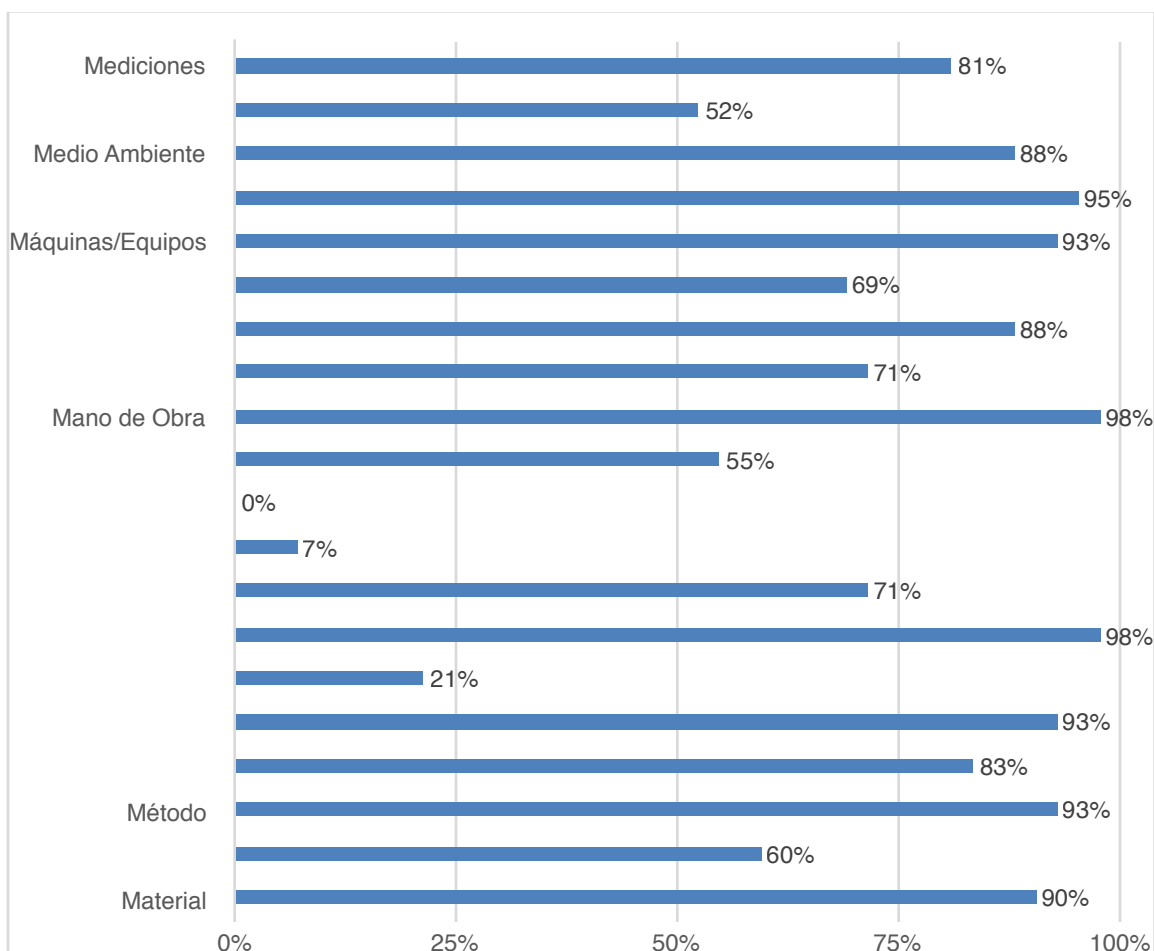


El Gráfico N° 3 muestra a los factores institucionales estudiados a partir de la metodología Lean que divide a los factores que influyen en una organización en 6 M's dentro de las

cuales tenemos: materiales, métodos, mano de obra (recurso humano), máquinas (equipos), medio ambiente (entorno/paciente) y mediciones. Evidencia que los factores institucionales asociados a retraso del tratamiento quirúrgico con un 98% son: falta de personal, resultados inoportunos de laboratorio, con un 95% que no cuenta con el equipo necesario, con un 93% que no existen salas quirúrgicas disponibles, que las citas médicas para reevaluación son inoportunas y que la información y comunicación al paciente es insuficiente.

Gráfico N°3.

Factores institucionales según encuesta en el HNGAI 2012-2013

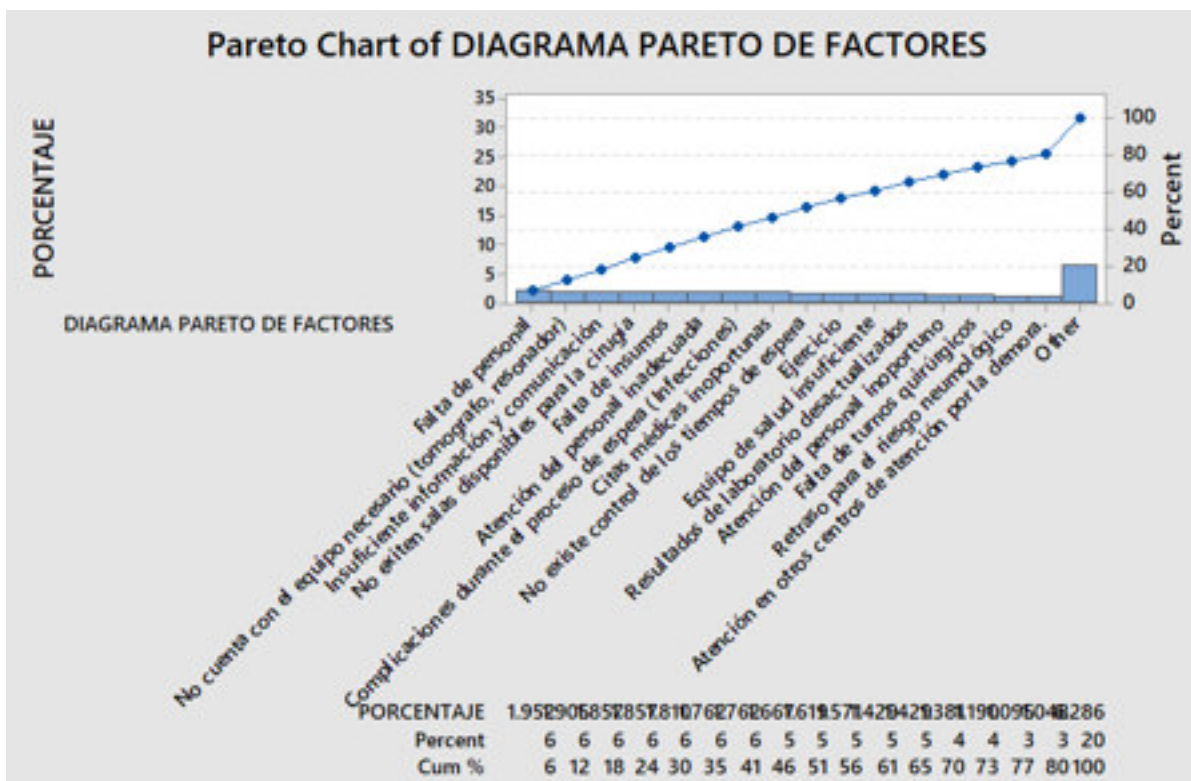


A continuación, se muestra un Diagrama de Pareto (Gráfico N° 1) en donde se evidencia que son los factores institucionales los que más se asocian al retraso en el tratamiento quirúrgico

del hepatocarcinoma en el HNGAI, mostrándose como prioritarios: falta de personal, falta de equipos necesarios, falta de información y comunicación, falta de disponibilidad de salas quirúrgicas, falta de insumos, atención inadecuada del personal, complicaciones durante el proceso de espera (infecciones) y las citas médicas inoportunas.

Gráfico N°1.

Diagrama de Pareto de Factores según encuesta en el HNGAI 2012-2013



La Tabla N° 3 muestra el tiempo de retraso en días según el seguimiento de los pacientes desde su primera consulta hasta su tratamiento quirúrgico. Evidencia que en su mayoría el tiempo de retraso es mayor a los 106 días para su intervención quirúrgica.

Tabla N° 3.

Tiempo de Retraso en Días según seguimiento de paciente en el HNGAI 2012-2013

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Tiempo en días	76 - 90	5	11,9	11,9	11,9
	91 - 105	18	42,9	42,9	54,8
	106+	19	45,2	45,2	100,0
	Total	42	100,0	100,0	

Capítulo V.

Discusión

El Hepatocarcinoma es una enfermedad agresiva, que debe tener un diagnóstico precoz y una rápida evaluación para determinar si la lesión es resecable o no resecable y ofrecerle al paciente una opción curativa (Resección Quirúrgica, Trasplante hepático, Terapias Ablativas) o paliativa.

Existe desigualdad de acceso a los servicios de salud en el actual sistema de salud. Cuando evaluamos la Historia Natural del Hepatocarcinoma, debemos tener en cuenta que la toma de decisiones en forma temprana es la única vía de ofrecer sobrevida libre de enfermedad para nuestros pacientes oncológicos.

Se ha tomado en cuenta las opciones curativas y paliativas que contamos en la actualidad para el tratamiento de esta patología oncológica. No se encuentra entre las enfermedades oncológicas mas frecuentes pero sí está en un lugar dentro de las patología oncológicas de gran agresividad en donde el tiempo juega un papel importante.

La presente tesis tiene su ámbito de acción dentro del sistema de salud del Perú, en el marco de la atención dentro de la seguridad social (Sistema de Salud compuesta por la población de trabajadores que aportan para un fondo común y que representan el 35% de la población). Contamos en la seguridad social con las opciones terapéuticas curativas y paliativas descritas, pero debemos es importante tener un diagnostico temprano y tener la posibilidad de sobrevivir a largo plazo.

De acuerdo a los resultados obtenidos, la Tabla N° 1 muestra la significancia por grupo de factores y evidencia que los factores institucionales son los más significativos, quiere decir que son quienes están más asociados al retraso del tratamiento quirúrgico, dentro de ellos observamos al factor institucional por métodos, esto quiere decir que los encargados de la Gerencia deben crear políticas centradas en mejorar la atención y lograr la misión de la institución; el factor institucional por mediciones, nos señala que debemos medir los tiempos que abarcan desde la búsqueda de atención por parte del paciente hasta su tratamiento quirurgico, con el objetivo de lograr un tiempo optimo para recibir tratamiento.

Según se muestra en la Tabla N° 2 y el Gráfico N° 1, la patología se presenta entre los 41 a 60 años, la mayor parte de la población proviene de provincias, con antecedentes de riesgo como cirrosis hepatica para la formación de hepatocarcinoma, por lo que debemos fomentar mayor información y comunicación con estos pacientes. Los pacientes que acuden de provincias tienen problemas en tiempo por sus tramites en forma administrativa y referencia.

El Gráfico N° 2 detalla a los pacientes como parte de su cultura, antes de acudir a un centro de salud frente a una dolencia optan por alternativas: alimentación saludable, ejercicio, practicar alguna de sus creencias, rituales espirituales, medicina alternativa, automedicacion. Este tiempo sin atención especializada que puede prolongar una atención precoz y un diagnóstico oportuno.

Después de realizar un estudio de procesos y utilizar una de las herramientas de estudio para implementar la metodología Lean Healthcare, se evidenció en la Tabla N° 2 y en el Gráfico N° 3 que los retrasos se deben a: falta de personal, resultados inoportunos de laboratorio, falta del equipo necesario, falta de salas quirúrgicas disponibles, citas médicas para reevaluación inoportunas, y a la falta de información y comunicación.

Se han identificado los factores asociados al retraso en el tratamiento quirúrgico, en donde encontramos a los factores personales e institucionales⁶. Los resultados del Diagrama de Pareto, presentado como Gráfico N°4, evidencian como problemas prioritarios a aquellos que pertenecen al factor institucional, esto significa que los problemas institucionales son los que en su mayoría provocan retraso en el tratamiento quirúrgico: falta de personal, falta de equipos necesarios, falta de información y comunicación, falta de disponibilidad de salas quirúrgicas, falta de insumos, atención inadecuada del personal, complicaciones durante el proceso de espera (infecciones) y las citas médicas inoportunas.

Ante esta problemática, se debe considerar que la situación de salud en el mundo depende principalmente del dinero que destine cada país para su gasto público en salud. Para ello la OMS reporta el Porcentaje Bruto Interno (PBI) en el 2014 en donde menciona que en Cuba el PBI es de 11.1%, en Ecuador 9.2%, en Bolivia el 6.3% y en Perú el 5.5%, estos datos nos indican que el Perú es el país con la menor cantidad de dinero destinado a los gastos en salud. Este dato importante justificaría entonces, la falta de personal, falta de equipos necesarios, y la falta de insumos.

Por otro lado, los indicadores de desarrollo mundial de los sistemas de salud indican que en Cuba hay 7.5 médicos, en Ecuador 1.7 médicos, en Perú 1.1 médicos y en Bolivia 0.5 médicos por cada mil habitantes; así como también, la cantidad enfermeras por cada mil habitantes en Cuba es de 8, en Ecuador es de 2.1, en Perú 1.5 y en Bolivia 1. Estos datos indican que somos de los países con menor cantidad de personal por cada mil habitantes. Se entiende entonces que el Perú no cuenta con el recurso humano necesario ni dinero suficiente para su gasto en salud, siendo determinantes para ofrecer servicios de calidad.

Según el Instituto Nacional de Estadística e Informática en el 2015, mostró que en el 2014, el 23.9% de las personas no acudían a los centros de salud por demoras en la atención y maltrato del personal de salud. Uno de los aspectos más importantes en este caso son las demoras en la atención. Nos enfrentamos entonces a un sistema público desarticulado con recursos insuficientes para responder a la demanda empezando desde los niveles básicos de atención.

En un estudio realizado en México en el año 2012, se identificaron 18 muertes maternas provocadas por un tratamiento médico inoportuno, aumento del tiempo de espera en la atención, falta de identificación de riesgos en la consulta prenatal y demora por falta de recursos médicos y medicamentos.

Para el presente trabajo se hizo un estudio de procesos en los tres niveles de atención y su diagramación. Se midió los tiempos en días en cada fase del proceso con cadena de valor y

se realizó el seguimiento de los movimientos y tiempos del paciente por cada fase del proceso. Los resultados mostraron en la Tabla N° 3, tiempos de retraso excedieron los 106 días, este resultado indica que en su totalidad pasan los 30 días que recomienda la teoría.

La solución para esta problemática está en la adaptación del modelo de gestión “Gestión Moderna de los Servicios de Salud - GEMSES”, creada por Carlos Pérez, a la institución. Este modelo de gestión tiene como base filosófica y teórica a la Modernización del Estado, la Gestión por Procesos, Lean Six Sigma, Gestión de Proyectos PMI, Enfoque Sistémico, Proceso Administrativo, Joint Commission International, Teoría de las Restricciones y el Cuidado Humanizado.

Para la adaptación del modelo GEMSES a la institución, primero definimos los macroprocesos institucionales y organizamos funciones de acuerdo a la pirámide funcional del modelo. Los macroprocesos institucionales se dividen en estratégicos, misionales, y de soporte, conformado por los componentes que contienen los recursos necesarios para el desarrollo del macroproceso misional. El puesto administrativo más alto se encarga de la planificación, los jefes de cada fase del proceso misional se encargan de organizar, los coordinadores o líderes se encargan de dirigir y agilizar el proceso, el personal asistencial se encarga de llevar a cabo las actividades del servicio.

Adaptar el modelo GEMSES a la institución permitirá gestionar en base a procesos, visualizar la cadena de valor o razón de ser de la institución de manera transversal que permiti-

rá identificar las desconexiones o desperdicios del proceso como fueron evidenciados en la presente investigación.

El uso de herramientas Lean (6M de la calidad) en una cadena de valor actual permitirá optimizar los procesos haciéndolos más ágiles, reduciendo tiempos y produciendo ahorros institucionales. En nuestro estudio observamos principalmente los tiempos que demora el proceso administrativo e institucional, se debe evaluar los reprocesos para eliminarlos o optimizarlos y poder reducir tiempos alcanzando como objetivo un tiempo óptimo para el tratamiento de los pacientes con esta patología.

Así como se puede aplicar el modelo GEMSES en la organización, también podemos aplicar por separado las herramientas para su implementación. Por ello, se recomienda la aplicación de gestión por procesos y posteriormente la diagramación de su cadena de valor, esto permitirá la visualización del flujo del proceso y eliminar reprocesos u obstáculos. Otra herramienta que se puede utilizar es la metodología Lean (6M de la calidad) en donde se estudia toda la cadena de valor para la eliminación de demoras en cada fase del proceso.

Capítulo VI.

Conclusiones

1. El retraso para el tratamiento quirúrgico del hepatocarcinoma se debe en su mayoría a la demora en el proceso de atención, específicamente en la falta de control de los procesos quirúrgicos.
2. Los tiempos prolongados en el proceso de atención hospitalario se debe a :
 - o Políticas para la atención del asegurado: Engorrosos trámites administrativos, aprobación de los mismos y su viaje por cada nivel de atención
 - o Falta de personal,
 - o Espera para la compra de insumos faltantes,
 - o Falta de información al paciente y
 - o Extensa lista de espera.
3. No existe un control preventivo de los factores de riesgo para hepatocarcinoma como la cirrosis.
4. La institución no ha realizado un estudio de procesos que muestre el diagnóstico situacional del proceso por el que los pacientes diagnosticados con hepatocarcinoma tienen que pasar desde el primer nivel de atención hasta el tercer nivel de nivel.
5. Para recibir tratamiento se evidencio que en la institución todos los pacientes pasan los 30 días de espera que recomienda la teoría para su intervención quirúrgica.

6. Los factores significativos en el retraso del tratamiento quirúrgico del hepatocarcinoma son:

- o Citas médicas para reevaluación inoportunas,
- o Resultados de laboratorio desactualizados,
- o No existe control en los tiempos de espera,
- o Falta de turnos quirúrgicos,
- o Falta de insumos.

Capítulo VII.

Recomendaciones

1. Implementar políticas para la atención al asegurado con hepatocarcinoma buscando un proceso administrativo más corto que permita una intervención quirúrgica oportuna. Mantener informado al paciente para optimizar los tiempos en su atención.
2. Implementar el modelo de gestión “Gestión Moderna de los Servicios de Salud” que utiliza diversas herramientas necesarias para una gestión de excelencia, optimizado tiempos y generando ahorro institucional.
3. Se recomienda una atención oportuna dentro de los 30 días de diagnóstico para la intervención quirúrgica.
4. Hacer un control preventivo a aquellos pacientes que hayan sufrido de patologías que puedan determinar el desarrollo de un hepatocarcinoma.
5. Hacer un estudio de procesos de tal manera que muestre el diagnóstico situacional del proceso de atención del paciente de manera transversal desde el primer hasta el tercer nivel de atención.
6. Aplicar la metodología Lean Healthcare (6M de la calidad) que permitirá identificar las desconexiones en cada fase del proceso, eliminarlas, corregirlas o implementar mejoras para la optimización de procesos.

Capítulo VIII.

Referencias Bibliográficas

1. Ferlay J, Soerjomataram I, Dikshit R, et al. Cancer incidence and mortality worldwide: sources, methods and major patterns in GLOBOCAN 2012. *Int J Cancer* 2015;136: E359-E386.
2. Registro de Cáncer de Lima Metropolitana. Incidencia y Mortalidad 2010 – 2012, Volumen 5. Lima 2016.
3. Lafaro KJ, Demirjian AN, Pawlik TM. Epidemiology of hepatocellular carcinoma, *Surg Oncol Clin N Am* 2015;24: 1-17.
4. Fattovich G, Stroffolini T, Zagni I, Donato F. Hepatocellular carcinoma in cirrhosis: incidence and risk factors, *Gastroenterology* 2004; 127: S35-S50.
5. Moradpour D, Blum HE. Pathogenesis of hepatocellular carcinoma, *Eur. J. Gastroenterol. Hepatol.* 2005; 17: 477-483.
6. NHS, Sistema Nacional de Salud de la Administración Británica, datos vertidos en *The Guardian*, 2014.
7. Shariff MI, Cox IJ, Gomaa AI, et al. Hepatocellular carcinoma: current trends in worldwide epidemiology, risk factors, diagnosis and therapeutics, *Expert Rev. Gastroenterol. Hepatol.* 3. 2009, 353-367.
8. Guthle M, Dollinger MM, Epidemiology and risk factors of hepatocellular carcinoma, *Radiologe* 54, 2014, 654-659.
9. Wong RJ, Cheung R, Ahmed A, Nonalcoholic steatohepatitis is the most rapidly growing indication for liver transplantation in patients with hepatocellular carcinoma in the U.S. *Hepatology* 59, 2014, 2188-2195.

10. Llovet JM, Bru C, Bruix J, Prognosis of hepatocellular carcinoma: the BCLC staging classification, *Semin. Liver Dis.* 19, 1999, 329-338.
11. Duseja A, Staging of hepatocellular carcinoma, *J. Clin. Exp. Hepatol.* 4, 2014, S74-S79.
12. Chen JG, Parkin DM, Chen QG, et al. Screening for liver cancer: results of a randomised controlled trial in Qidong, China, *J. Med. Screen* 10, 2003, 204-209.
13. Andreana L, Isgro G, Pleguezuelo M, et al. Clinical practice guidelines: management of hepatocellular carcinoma, *J. Hepatol.* 56, 2012, 908-943.
14. Singal A, Volk ML, Waljee A, et al. Meta-analysis: surveillance with ultrasound for early-stage hepatocellular carcinoma in patients with cirrhosis, *Aliment. Pharmacol. Ther.* 30, 2009, 37-47.
15. Andreana L, Isgro G, Pleguezuelo M, et al. Surveillance and diagnosis of hepatocellular carcinoma in patients with cirrhosis, *World J. Hepatol.* 1, 2009, 48-61.
16. Roskams T, Anatomic pathology of hepatocellular carcinoma: impact on prognosis and response to therapy, *Clin. Liver Dis.* 15, 2011, 245-259.
17. Bruix J, Sherman M. Management of hepatocellular carcinoma, *Hepatology* 42, 2005, 1208-1236.
18. Hurtado, D. (2008). *Principios de Administración*. Medellín: Instituto Tecnológico Metropolitano.
19. Domínguez, P. (2012). *Introducción a la Gestión Empresarial*.
20. Altuve S, Rivas A. *Metodología de la Investigación. Módulo Instruccional III*. Caracas: Universidad Experimental Simón Rodríguez. 1998. 231.

21. Baptista M, Fernández C, Hernández R. Metodología de la investigación. DF, México: Editorial The McGraw-Hill 2014; 152-155
22. Servicio de Calidad de la Atención Sanitaria. La gestión por procesos. Toledo: Sescam; 2002. Disponible en: <http://www.chospab.es/calidad/archivos/Documentos/Gestionde-procesos.pdf>
23. Unidad de Reforma Institucional, área de modernización del estado. Guía para la elaboración de diagramas de flujo. Costa Rica: Ministerio de Planificación Nacional y Política Económica; 2009. Disponible en: <http://www.evalperu.org/sites/default/files/resources/file/3.%20MPNGE%20guia%20diagramas-flujo-2009.pdf>
24. Presidencia del Consejo de Ministros. Documento orientador: metodología para la implementación de la gestión por procesos en las entidades de la administración pública en el marco del D.S. N.º 004-2013-PCM- Política Nacional de Modernización de la Gestión Pública. Perú: Secretaría de Gestión Pública de la Presidencia del Consejo de Ministros; 2015.
25. Agreda, F. Factores Asociados al Tiempo de Espera Prequirurgico en Pacientes Geriatricos con fractura de cadera y morbilidad en el Servicio de Traumatología y Ortopedia del Hospital Nacional Guillermo Almenara Yrigoyen de Enero a Septiembre del 2016. Tesis para optar Título de Médico - Cirujano. Universidad Privada San Juan Bautista. Lima 2018.
26. Diaz A, Tiempo de Espera Quirurgica en un Hospital de Chiclayo, Peru. Tiempo de Espera Quirurgica en un Hospital de Chiclayo, Peru. Revista Peruana de Medicina Exp. Salud Publica 2015; 32(1):191-204.

27. Monge-Navarro A, Murillo-Sancho G, Calderón-Céspedes A, Vega-Araya A, Aguilar-Cubillo A. Listas de espera. *Acta Med Costarric*. 2014;56(2):71–7.
28. Rodríguez E, Álvarez B, Abad P. Racionamiento vía listas de espera: medidas de mejora y posibles implicaciones. *Cad Saude Publica*. 2008;24(3):702-7.
29. Arce C. Las listas y tiempos de espera: sus razones y su efecto sobre la gobernanza en la Caja Costarricense de Seguridad Social. *Rev Cienc Adm Financ Segur Soc*. 2003;11(2).
30. Arias J, Factores determinantes del tiempo de espera quirúrgico en un instituto especializado de salud de Lima, 2017 . Tesis para optar Magister en Gestion de los Servicios de Salud. Escuela de Post Grado Universidad Cesar Vallejo. Peru 2018.
31. Gutierrez A, Tiempo de espera y calidad de atención en pacientes de odontoestomatología intervenidos en sala de operaciones. *An Fac med*. 2019;80(2):183-7.
32. Paniagua G, Causas del aumento de la lista de Espera Quirúrgica de las especialidades de Ortopedia, Cirugía General y Otorrino del Hospital William Allen Taylor en el Año 2013 al 2016. Tesis del Programa de Postgrado en Gerencia de la Salud para optar al Título de Magister Scientiae en Gerencia de la Salud. Programa de Maestria en Gerencia de la Salud. San Jose, Costa Rica, Junio 2017.
33. Instituto Uruguayo de Normas Técnicas. Herramientas para la Mejora de la Calidad. Uruguay: UNIT; 2009. Disponible en: <https://qualitasbiblo.files.wordpress.com/2013/01/libro-herramientas-para-la-mejora-de-la-calidad-curso-unit.pdf>
34. Bruix J, Sherman M, Management of hepatocellular carcinoma. 53, 2011, 1020-1022.
35. Pathologic diagnosis of early hepatocellular carcinoma: a report of the international consensus group for hepatocellular neoplasia, *Hepatology* 49, 2009, 658-664.

36. Forner A, Vilana R, Ayuso C, et al. Diagnosis of hepatic nodules 20 mm or smaller in cirrhosis: prospective validation of the noninvasive diagnostic criteria for hepatocellular carcinoma, *Hepatology* 47, 2008, 97-104.
37. Villanueva A, Minguez B, Forner A, et al. Hepatocellular carcinoma: novel molecular approaches for diagnosis, prognosis, and therapy, *Annu. Rev. Med.* 61, 2010, 317-328.
38. Soreide O, Czerniak A, Bradpiece H, Bloom S. Characteristics of fibrolamellar hepatocellular carcinoma. 151, 1986, 518-523.
39. Chen DS, Sung JL, Sheu JC, et al. Serum alpha-fetoprotein in the early stage of human hepatocellular carcinoma, *Gastroenterology* 86, 1984, 1404-1409.
40. Lok AS, Sterling RK, Everhart JE, et al. Desgammacarboxy prothrombin and alpha-fetoprotein as biomarkers for the early detection of hepatocellular carcinoma, *Gastroenterology* 138, 2010, 493-502.
41. Tateishi R, Yoshida H, Matsuyama Y, et al. Diagnostic accuracy of tumor markers for hepatocellular carcinoma: a systematic review, *Hepatol. Int.* 2, 2008, 17-30.
42. Page AJ, Cosgrove DC, Philosophe B, Pawlik PM. Hepatocellular carcinoma: diagnosis, management, and prognosis, *Surg. Oncol. Clin. N. Am.* 23, 2014, 289-311.
43. Llovet JM, Fuster J, Bruix J. Intention to treat analysis of surgical treatment for early hepatocellular carcinoma: resection versus transplantation, *Hepatology* 30, 1999, 1434-1440.
44. Delis SG, A. Bakoyiannis, C. Dervenis, N. Tassopoulos, Perioperative risk assessment for hepatocellular carcinoma by using the MELD score, *J. Gastrointest. Surg.* 13, 2009, 2268-2275.

45. Vitale A, Huo TL, Cucchetti A, et al. Survival benefit of liver transplantation versus resection for hepatocellular carcinoma: impact of MELD score, *Ann. Surg. Oncol.* 22, 2015, 1901-1907.
46. Bruix J, Castells A, Bosch J, et al. Surgical resection of hepatocellular carcinoma in cirrhotic patients: prognostic value of preoperative portal pressure, *Gastroenterology* 111, 1996, 1018-1022.
47. Torzilli G, Makuuchi M, Inoue K, et al. No-mortality liver resection for hepatocellular carcinoma in cirrhotic and noncirrhotic patients: is there a way? A prospective analysis of our approach, *Arch. Surg.* 134, 1999, 984-992.
48. Kubota K, Makuuchi M, Kusaka K, et al. Measurement of liver volume and hepatic functional reserve as a guide to decision-making in resectional surgery for hepatic tumors, *Hepatology* 26, 1997, 1176-1181.
49. Leung U, Simpson AL, Araujo RL, et al. Remnant growth rate after portal vein embolization is a good early predictor of post-hepatectomy liver failure, *J. Am. Coll. Surg.* 219, 2014, 620-630.
50. Ribero D, Abdalla EK, Madoff DC, et al. Portal vein embolization before major hepatectomy and its effects on regeneration, resectability and outcome, *Br. J. Surg.* 94, 2007, 1386-1394.
51. Vauthey JN, Lauwers GY, Esnaola NF, et al. Simplified staging for hepatocellular carcinoma, *J. Clin. Oncol.* 20, 2002, 1527-1536.

52. Pawlik TM, Delman KA, Vauthey JN, et al. Tumor size predicts vascular invasion and histologic grade: implications for selection of surgical treatment for hepatocellular carcinoma, *Liver Transpl.* 11, 2005, 1086-1092.
53. Roayaie S, Obeidat K, Sposito C, et al. Resection of hepatocellular cancer < 2 cm: results from two Western centers, *Hepatology* 57, 2013, 1426-1435.
54. Wang BW, Mok KT, Liu SI, et al. Is hepatectomy beneficial in the treatment of multinodular hepatocellular carcinoma? *J. Formos. Med. Assoc.* 107, 2008, 616-626.
55. Ishizawa T, Hasegawa K, Aoki T, et al. Neither multiple tumors nor portal hypertension are surgical contraindications for hepatocellular carcinoma, *Gastroenterology* 134, 2008, 1908-1916.
56. Truty MJ, Vauthey JN, Surgical resection of high-risk hepatocellular carcinoma: patient selection, preoperative considerations, and operative technique, *Ann. Surg. Oncol.* 17, 2010, 1219-1225.
57. Arii S, Tanaka S, Mitsunori Y, Nakamura N, et al. Surgical strategies for hepatocellular carcinoma with special reference to anatomical hepatic resection and intraoperative contrast-enhanced ultrasonography, *Oncology* 78 (Suppl. 1), 2010, 125-130.
58. Nakashima Y, Nakashima O, Tanaka M, et al. Kojiro, Portal vein invasion and intrahepatic micrometastasis in small hepatocellular carcinoma by gross type, *Hepatol. Res.* 26, 2003, 142-147.
59. Mazzaferro V, Regalia E, Doci R, et al. Liver transplantation for the treatment of small hepatocellular carcinomas in patients with cirrhosis, *N. Engl. J. Med.* 334, 1996, 693-699.

60. Bismuth H., Majno PE, Adam R. Liver transplantation for hepatocellular carcinoma, *Semin. Liver Dis.* 19, 1999, 311-322.
61. Figueras J, Jaurrieta E, Valls C, et al. Survival after liver transplantation in cirrhotic patients with and without hepatocellular carcinoma: a comparative study, *Hepatology* 25, 1997, 1485-1489.
62. Mazzaferro V, Llovet JM, Miceli R, et al. Predicting survival after liver transplantation in patients with hepatocellular carcinoma beyond the Milan criteria: a retrospective, exploratory analysis, *Lancet Oncol.* 10, 2009, 35-43.
63. Yao FY, Ferrell L, Bass NM, et al. Liver transplantation for hepatocellular carcinoma: expansion of the tumor size limits does not adversely impact survival, *Hepatology* 33, 2001, 1394-1403.
64. Yao FY, Kerlan RK, Hirose R, et al. Excellent outcome following down-staging of hepatocellular carcinoma prior to liver transplantation: an intention-to-treat analysis, *Hepatology* 48, 2008, 819-827.
65. Llovet JM, Bruix J. Systematic review of randomized trials for unresectable hepatocellular carcinoma: chemoembolization improves survival, *Hepatology* 37, 2003, 429-442.
66. Konstantinidis IT, Fong Y. Hepatocellular carcinoma in the modern era: transplantation, ablation, open surgery or minimally invasive surgery? –A multidisciplinary personalized decision, *Chin. Clin. Oncol.* 2, 2013, 35.
67. Mazzaferro V, Bhoori S, Sposito C, et al. Milan criteria in liver transplantation for hepatocellular carcinoma: an evidence-based analysis of 15 years of experience, *Liver Transpl.* 17 (Suppl. 2), 2011, S44-S57.

68. Pelletier SJ, Fu S, Thyagarajan V, et al. An intention to treat analysis of liver transplantation for hepatocellular carcinoma using organ procurement transplant network data, *Liver Transpl.* 15, 2009, 859-868.
69. Sarasin FP, Majno PE, Llovet JM, et al. Living donor liver transplantation for early hepatocellular carcinoma: a lifeexpectancy and cost-effectiveness perspective, *Hepatology* 33, 2001, 1073-1079.
70. Ninomiya M, Shirabe K, Facciuto ME, et al. Comparative study of living and deceased donor liver transplantation as a treatment for hepatocellular carcinoma, *J. Am. Coll. Surg.* 220, 2015, 297-304.
71. Shiina S, Tagawa K, Unuma T, Terano A. Percutaneous ethanol injection therapy for the treatment of hepatocellular carcinoma, *AJR Am. J. Roentgenol.* 154, 1990, 947-951.
72. Livraghi T, Giorgio A, Marin G, et al. Hepatocellular carcinoma and cirrhosis in 746 patients: long-term results of percutaneous ethanol injection, *Radiology* 197, 1995, 101-108.
73. Livraghi T, Bolondi L, Lazzaroni S, et al. Percutaneous ethanol injection in the treatment of hepatocellular carcinoma in cirrhosis. A study on 207 patients, *Cancer* 69, 1992, 925-929.
74. Ishii H, Okada S, Nose H, et al. Local recurrence of hepatocellular carcinoma after percutaneous ethanol injection, *Cancer* 77, 1996, 1792-1796.
75. Khan KN, Yatsuhashi H, Yamasaki K, et al. Prospective analysis of risk factors for early intrahepatic recurrence of hepatocellular carcinoma following ethanol injection, *J. Hepatol.* 32, 2000, 269-278.

76. Livraghi T, Goldberg SN, Lazzaroni S, et al. Small hepatocellular carcinoma: treatment with radio-frequency ablation versus ethanol injection, *Radiology* 210, 1999, 655-661.
77. Lencioni RA, Allgaier HP, Cioni D, et al. Small hepatocellular carcinoma in cirrhosis: randomized comparison of radio-frequency thermal ablation versus percutaneous ethanol injection, *Radiology* 228, 2003, 235-240.
78. Shiina S, Teratani T, Obi S, et al. A randomized controlled trial of radiofrequency ablation with ethanol injection for small hepatocellular carcinoma, *Gastroenterology* 129, 2005, 122-130.
79. Shibata T, Iimuro Y, Yamamoto Y, et al. Small hepatocellular carcinoma: comparison of radio-frequency ablation and percutaneous microwave coagulation therapy, *Radiology* 223, 2002, 331-337.
80. Chen MS, Li JQ, Zheng Y, Guo RP, Liang HH, et al. A prospective randomized trial comparing percutaneous local ablative therapy and partial hepatectomy for small hepatocellular carcinoma, *Ann. Surg.* 243, 2006, 321-328.
81. Hasegawa K, Makuuchi M, Takayama T, et al. Surgical resection vs. percutaneous ablation for hepatocellular carcinoma: a preliminary report of the Japanese nationwide survey, *J. Hepatol.* 49, 2008, 589-594.
82. Huang J, Yan L, Cheng Z, et al. A randomized trial comparing radiofrequency ablation and surgical resection for HCC conforming to the Milan criteria, *Ann. Surg.* 252, 2010, 903-912.

83. Hasegawa K, Kokudo N, Shiina S, Tateishi R, Makuuchi M. Surgery versus radiofrequency ablation for small hepatocellular carcinoma: start of a randomized controlled trial (SURF trial), *Hepatol. Res.* 40, 2010, 851-852.
84. Wang Y, Luo Q, Li Y, Deng S, Wei S, Li X. Radiofrequency ablation versus hepatic resection for small hepatocellular carcinomas: a meta-analysis of randomized and nonrandomized controlled trials, *PLoS One* 9, 2014.
85. Li D, Kang J, Golas BJ, Yeung VW, Madoff DC. Minimally invasive local therapies for liver cancer, *Cancer Biol. Med.* 11, 2014, 217-236.
86. Huang J, Yan L, Cheng Z, et al. A comparison of lipiodol chemoembolization and conservative treatment for unresectable hepatocellular carcinoma. Groupe d'Etude et de Traitement du Carcinome Hepatocellulaire, *N. Engl. J. Med.* 332, 1995, 1256-1261.
87. Llovet JM, Real MI, Montana X, et al. Arterial embolisation or chemoembolization versus symptomatic treatment in patients with unresectable hepatocellular carcinoma: a randomised controlled trial, *Lancet* 359, 2002, 1734-1739.
88. Lo CM, Ngan H, Tso WK, et al. Randomized controlled trial of transarterial lipiodol chemoembolization for unresectable hepatocellular carcinoma, *Hepatology* 35, 2002, 1164-1171.
89. Varela M, Real MI, Burrel M, et al. Chemoembolization of hepatocellular carcinoma with drug eluting beads: efficacy and doxorubicin pharmacokinetics, *J. Hepatol.* 46, 2007, 474-481.

90. Lammer J, Malagari K, Vogl T, et al. Prospective randomized study of doxorubicin-eluting-bead embolization in the treatment of hepatocellular carcinoma: results of the PRECISION V study, *Cardiovasc Interv. Radiol.* 33, 2010, 41-52.
91. Golfieri R, Giampalma E, Renzulli M, et al. Randomised controlled trial of doxorubicin-eluting beads vs conventional chemoembolisation for hepatocellular carcinoma, *Br. J. Cancer* 111, 2014, 255-264.
92. Gao S, Yang Z, Zheng Z, et al. Doxorubicin-eluting bead versus conventional TACE for unresectable hepatocellular carcinoma: a meta-analysis, *Hepatogastroenterology* 60, 2013, 813-820.
93. Salem R, Lewandowski RJ, Mulcahy MF, et al. Radioembolization for hepatocellular carcinoma using Yttrium-90 microspheres: a comprehensive report of long-term outcomes, *Gastroenterology* 138, 2010, 52-64.
94. Mazzaferro V, Sposito C, Bhoori S, et al. Yttrium-90 radioembolization for intermediate advanced hepatocellular carcinoma: a phase 2 study, *Hepatology* 57, 2013, 1826-1837.
95. Seinsträ BA, Defreyne L, Lambert B, et al. Transarterial radioembolization versus chemoembolization for the treatment of hepatocellular carcinoma (TRACE): study protocol for a randomized controlled trial, *Trials* 13, 2012, 144.
96. Bonekamp S, Li Z, Geschwind JF, et al. Unresectable hepatocellular carcinoma: MR imaging after intraarterial therapy. Part I. Identification and validation of volumetric functional response criteria, *Radiology* 268, 2013, 420-430.
97. Villalobos CP, Halappa VG, Geschwind JF, et al. Volumetric assessment of tumour response using functional MR imaging in patients with hepatocellular carcinoma treated

- with a combination of doxorubicin-eluting beads and sorafenib, *Eur. Radiol.* 25, 2015, 380-390.
98. Bonekamp S, Jolepalem P, Lazo M, et al. Hepatocellular carcinoma: response to TACE assessed with semiautomated volumetric and functional analysis of diffusion-weighted and contrast enhanced MR imaging data, *Radiology* 260, 2011, 752-761.
 99. Vossen JA, Buijs M, Kamel IR. Assessment of tumor response on MR imaging after locoregional therapy, *Tech. Vasc. Interv. Radiol.* 9, 2006, 125-132.
 100. Llovet JM, Ricci S, Mazzaferro V, et al. Sorafenib in advanced hepatocellular carcinoma, *N. Engl. J. Med.* 359, 2008, 378-390.
 101. Cheng AL, Kang YK, Chen Z, et al. Efficacy and safety of sorafenib in patients in the Asia-Pacific region with advanced hepatocellular carcinoma: a phase III randomised, double-blind, placebo-controlled trial, *Lancet Oncol.* 10, 2009, 25-34.
 102. Bruix J, Takayama T, Mazzaferro V, et al. A phase III randomized, double-blind, placebo-controlled trial of adjuvant sorafenib after resection or ablation to prevent recurrence of hepatocellular carcinoma (HCC), in: *ASCO Annual Meeting Proceedings*, 2014.
 103. Alfa GK, Johnson P, Knox JJ, et al. Doxorubicin plus sorafenib vs doxorubicin alone in patients with advanced hepatocellular carcinoma: a randomized trial, *Jama* 304, 2010, 2154-2160.
 104. Branda M, Wands JR. Signal transduction cascades and hepatitis B and C related hepatocellular carcinoma, *Hepatology* 43, 2006, 891-902.
 105. Kudo M. Signaling pathway/molecular targets and new targeted agents under development in hepatocellular carcinoma, *World J. Gastroenterol.* 18, 2012, 6005-6017.

106. Llovet JM, Villanueva A, Lachenmayer A, Finn RS. Advances in targeted therapies for hepatocellular carcinoma in the genomic era, *Nat. Rev. Clin. Oncol.* 12, 2015, 436.
107. Cheng AL, Kang YK, Lin DY, et al. Sunitinib versus sorafenib in advanced hepatocellular cancer: results of a randomized phase III trial, *J. Clin. Oncol.* 31, 2013, 4067-4075.
108. Cainap C, Qin S, Huang WT, et al. Linifanib versus Sorafenib in patients with advanced hepatocellular carcinoma: results of a randomized phase III trial, *J. Clin. Oncol.* 33, 2015, 172-179.
109. Zhu AX, Rosmorduc O, Evans TR, et al. A phase III, randomized, double-blind, placebo controlled trial of sorafenib plus erlotinib in patients with advanced hepatocellular carcinoma, *J. Clin. Oncol.* 33, 2015, 559-566.
110. Johnson PJ, Qin S, Park JW, et al. Brivanib versus sorafenib as first-line therapy in patients with unresectable, advanced HCC: results from the randomized phase III BRISK-FL study, *J. Clin. Oncol.* 31, 2013, 3517-3524.
111. Llovet JM, Decaens T, Raoul JL, et al. Brivanib in patients with advanced hepatocellular carcinoma who were intolerant to sorafenib: results from the randomized phase III BRISK-PS study, *J. Clin. Oncol.* 31, 2013, 3509-3516.
112. Sadaria M, Kim A, Ronnekleiv S, et al. Hepatocellular carcinoma: From diagnosis to treatment. *Surgical Oncology* 25, 2016, 74-85.
113. Bruix J, Reig M, Sherman M. Evidence-based diagnosis, staging, and treatment of patients with hepatocellular carcinoma. *Gastroenterology*. 2016;150(4):835-53.
114. Valle A, Bautista A, et al. Recomendaciones interinstitucionales sobre el diagnóstico y tratamiento del hepatocarcinoma Avanzado. *Revista de Esp. Médic* 2018; 23:41-50

115. Ministerio de Fomento. Modelos para implantar la mejora continua en la gestión de empresas de transporte por carretera. 2005; 1-18.
116. Centro de estudios Ambientales y Sociales. Guía Práctica Gestión por Proc. 2016; 6-15
117. Servicio y Calidad: Atención Sanitaria SESCAM. Gestión y Procesos. Toledo, 2002; 5-9
118. EDUCAGUIA. Apuntes de Gestión de Calidad y Gestión por Procesos. 2005; 2-14
119. Ruiz, D., Almegur. La gestión por procesos, surgimiento y aspectos teóricos. Centro de Información y Gestión Tecnológica de Santiago de Cuba. Holguín, Cuba. 2013; 1-11
120. Altuve S. y Rivas A. Metodología de la investigación. Tercera Edición. Caracas: Universidad Experimental Simón Rodríguez; 1998
121. Hernández S, Fernández C, Baptista M. Metodología de la investigación. Sexta edición. México: Mc Graw-Hill; 2014.

Anexos

Definición de Términos

- Factores

1. Definición Conceptual

- ✓ Factor: Elemento, circunstancia, influencia, que contribuye a producir un resultado.
- ✓ Factor personal: Respecta a la persona, y caracteriza su vida, dependen de cada humano y de su estilo de vida, que incluye las actitudes y conductas y capacidades sociales.
- ✓ Factor institucional: Son todos los componentes de una institución que van a permitir el desarrollo integro de sus funciones, tanto de los trabajadores como la función de los consumidores o clientes.

2. Definición Operativa

- ✓ Factor: Los factores son aquellos que van a producir un retraso en tratamiento quirúrgico del Hepatocarcinoma.
- ✓ Factor personal: Es aquel factor que respecta a la persona que puede producir un retraso en el tratamiento quirúrgico del Hepatocarcinoma.
- ✓ Factor institucional: Es aquel factor que compone una institución u organización que puede producir un retraso en el tratamiento quirúrgico del Hepatocarcinoma.

Matriz De Operacionalización De Variables

Variable	Dimensión	Indicador	Valores	Criterios de Medición	Tipo de Variable	Instrumento de Medición
Factores que retrasan el tratamiento quirúrgico del Hepatocarcinoma	Personales	Edad	0.1	Cuestionario de respuestas dicotómicas	Cuantitativa Discreta	Cuestionario de Factores
		Género	0.1	Cuestionario de respuestas dicotómicas	Cuanlitativa Nominal	Cuestionario de Factores
		Procedencia	0.1	Cuestionario de respuestas dicotómicas	Cuanlitativa Nominal	Cuestionario de Factores
		Cultura	0.1	Cuestionario de respuestas dicotómicas	Cuanlitativa Nominal	Cuestionario de Factores
	Institucionales	Material	0.1	Cuestionario de respuestas dicotómicas	Cuanlitativa Nominal	Cuestionario de Factores
		Métodos	0.1	Cuestionario de respuestas dicotómicas	Cuanlitativa Nominal	Cuestionario de Factores
		Mano de Obra	0.1	Cuestionario de respuestas dicotómicas	Cuanlitativa Nominal	Cuestionario de Factores
		Maquinas/ Equipos	0.1	Cuestionario de respuestas dicotómicas	Cuanlitativa Nominal	Cuestionario de Factores
		Medio Ambiente	0.1	Cuestionario de respuestas dicotómicas	Cuanlitativa Nominal	Cuestionario de Factores
		Mediciones	0.1	Cuestionario de respuestas dicotómicas	Cuanlitativa Nominal	Cuestionario de Factores

MATRIZ DE CONSISTENCIA

“Factores asociados al retraso en el Tratamiento Quirúrgico oncológico del Hepatocarcinoma en el HNGAI 2012-2013”

PROBLEMA	OBJETIVO	HIPÓTESIS	VA- RIA- BLE	DIMEN- SIONES	INDICA- DORES	METO- DOLOGÍA	
GENERAL	GENERAL	GENERAL		Personales	Edad	Diseño de investigación: a) Tipo de investigación: – No experimental – Transeccional – Descriptiva	
¿Cuáles son los Factores asociados al retraso en el Tratamiento Quirúrgico oncológico del Hepatocarcinoma en el H N G A I 2012-2013?	Determinar los Factores asociados al retraso en el Tratamiento Quirúrgico oncológico del Hepatocarcinoma en el HN-GAI 2012-2013.	Existen Factores asociados al retraso en el Tratamiento Quirúrgico oncológico del Hepatocarcinoma en el HN-GAI 2012-2013.			Género		
					Procedencia		
					Cultura		
PROBLEMAS	OBJETIVOS	HIPOTESIS		Factores	Institucionales		Material
ESPECÍFICOS	ESPECÍFICOS	ESPECÍFICOS					Métodos
c. ¿De qué manera el factor persona se asocia al retraso en el Tratamiento Quirúrgico oncológico	c. Determinar la asociación del Factor personal en el retraso del Tratamiento Quirúrgico oncológico del Hepato-	c. El Factor asociado al retraso en el Tratamiento Quirúrgico oncológico del Hepatocarcinoma en el H N G A I					Mano de Obra
							Maquinas/ Equipos
							Medio Ambiente

del Hepatocarcinoma en el H N G A I 2012-2013? d. ¿De qué manera el factor institucional se asocia al retraso en el Tratamiento Quirúrgico oncológico del Hepatocarcinoma en el H N G A I 2012-2013?	carcinoma en el H N G A I 2012-2013. d. Determinar la asociación del Factor institucional en el retraso del Tratamiento Quirúrgico oncológico del Hepatocarcinoma en el H N G A I 2012-2013.	2012-2013, es personal. d. El Factor asociado al retraso en el Tratamiento Quirúrgico oncológico del Hepatocarcinoma en el H N G A I 2012-2013, es institucional.		institucionales	Medicines	
---	---	--	--	-----------------	-----------	--

CUESTIONARIO

Estimado(a)

De nuestra mayor consideración reciba mis cordiales saludos. Siendo conocedores de su alto espíritu de colaboración nos dirigimos a usted a fin solicitarle responda el presente cuestionario de acuerdo con su experiencia personal. Mediante el presente cuestionario se está realizando un estudio a fin de determinar los “Factores asociados a retraso en el Tratamiento Quirúrgico oncológico del Hepatocarcinoma en el HNGAI 2012-2013”.

La información obtenida será utilizada de manera confidencial y para uso exclusivo de carácter académico. Le solicitamos responder con sinceridad al siguiente cuestionario, la información obtenida será utilizada para fines exclusivamente académicos.

Para el llenado del cuestionario es importante que llene algunos de sus datos personales. Por favor marque con una (x) la alternativa correcta según su respuesta, asegúrese de marcar una sola casilla, no deje ítems sin responder y si tiene alguna duda, consulte al encuestador.

I. Factores Personales

1. Edad:
2. Género:
3. Procedencia:
4. Antecedentes:
Cirrosis: SI ____ NO ____

FACTORES					
Dimen- sión	Indicadores		Si	A veces	No
	Cultura				
	1	¿A partir de los síntomas experimentados propios de la enfermedad, ha recurrido a la automedicación antes de acudir al centro de salud?			
	2	¿A partir de los síntomas experimentados propios de la enfermedad, ha recurrido a la práctica de rituales espirituales antes de acudir al centro de salud?			

Factores Personales	3	¿A partir de los síntomas experimentados propios de la enfermedad, ha recurrido a la medicina natural antes de acudir al centro de salud?			
	4	¿A partir de los síntomas experimentados propios de la enfermedad, ha recurrido a la alimentación saludable antes de acudir al centro de salud?			
	5	¿A partir de los síntomas experimentados propios de la enfermedad, ha recurrido al ejercicio antes de acudir al centro de salud?			
	6	¿Considera usted que las prácticas realizadas antes de acudir al centro de salud han retrasado su tratamiento oportuno de la enfermedad?			

FACTORES					
Dimensión	Indicadores		Si	A veces	No
	Material				
	7	¿Para su atención, existieron todos los insumos necesarios?			
	8	¿Fue atendido oportunamente porque había turnos quirúrgicos disponibles?			
	Métodos				
	9	¿La información brindada por el centro de atención fue suficiente?			
	10	¿Considera usted que las citas médicas ofertadas fueron oportunas?			

Factores Institucionales	11	¿Considera usted que las citas para re-evaluación médica ofertadas fueron oportunas?			
	12	¿Considera usted que las citas de laboratorio ofertadas fueron oportunas?			
	13	¿Los resultados de laboratorio fueron entregados en corto plazo de realizado el examen?			
	14	¿Los resultados de laboratorio estuvieron siempre actualizados?			
	15	¿Considera usted que el tiempo para su referencia administrativa fue oportuna?			
	16	¿El riesgo cardiológico necesario para su tratamiento quirúrgico fue oportuno?			
	17	¿El riesgo neumológico necesario para su tratamiento quirúrgico fue oportuno?			
	Mano de obra				
	18	¿Los centros de atención siempre contaron con el personal necesario?			
	19	¿Su intervención quirúrgica fue oportuna porque se contó con el equipo de salud suficiente?			
	20	¿Percibió en todo momento que la atención del personal de salud fue adecuada?			
	21	¿Considera usted que el personal fue oportuno en su atención en todo momento (atención, interconsultas, tiempo de espera del profesional)?			
	Máquinas / Equipos				
	22	¿Existieron salas disponibles para su intervención quirúrgica oportuna?			

23	¿El centro de atención contaba con todos los equipos necesarios para la realización de sus exámenes auxiliares (tomógrafo, resonancia magnética y/o resultados de biopsia)?			
Medio Ambiente / Paciente				
24	¿Existieron complicaciones durante el proceso de atención que intervino o demoró su tratamiento oportuno?			
25	¿Por las demoras en su atención en los centros de atención de EsSalud, optó por atenderse en otras instituciones que terminaron retrasando su atención en EsSalud?			
Mediciones				
26	¿Su tiempo de espera para su tratamiento quirúrgico fue durante el primer mes?			
27	¿Su tiempo de espera para su tratamiento quirúrgico fue entre el primer mes y los 3 meses?			
28	¿Su tiempo de espera para su tratamiento quirúrgico fue entre los 3 meses y 6 meses?			
29	¿Su tiempo de espera para su tratamiento quirúrgico fue mayor a los 6 meses?			